

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 février 1901, à 1 heure

PAR

Alfred QUILLARD

DE L'APPENDICITE CHEZ LA FEMME

Président : M. LE DENTU, Professeur.

*Juges : MM. { BERGER, Professeur.
SCHWARTZ, Agrégé
FAURE, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(En face la Faculté de Médecine)

1901

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 février 1901, à 1 heure

PAR

Alfred QUILLARD

DE L'APPENDICITE CHEZ LA FEMME

Président : M. LE DENTU, Professeur.

*Juges : MM. { BERGER, Professeur.
 { SCHWARTZ, Agrégé.
 { FAURE, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(En face la Faculté de Médecine)

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
	N.....
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	
	JOFFROY.
	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les discussions qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle leur donner aucune approbation ni improbation

A MA MÈRE

*Témoignage de reconnaissance
et d'amour filial.*

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DURET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté libre de médecine
de Lille

Ex-Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Membre correspondant de l'Académie de Médecine
et de la Société de chirurgie

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de Clinique chirurgicale

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Malgré le grand nombre de travaux qu'elle a provoqués, l'appendicite est toujours à l'ordre du jour. D'abord étudiée surtout chez l'homme, l'appendicite chez la femme a donné naissance dans ces dernières années à de nombreux documents : communications aux sociétés savantes, thèses, publications diverses.

L'histoire de cette affection a été si souvent faite et refaite qu'il nous paraît inutile d'y revenir à nouveau. Qu'il nous suffise de signaler les principaux auteurs qui ont étudié les questions ayant trait au sujet que nous traitons.

Ashby, Binkley, Deaver, en Amérique; Lutaud, Richelot, Delagénère (du Mans), Bouilly, Duret, Pozzi et son élève Barnsby, Budin, en France; Treub, en Hollande, et Kruger, en Allemagne, sont les auteurs qui nous ont fait connaître les rapports entre l'appendicite et les maladies utéro-annexielles. A l'étude des relations qui existent entre l'appendicite et la grossesse sont atta-

chés les noms de Mundé et d'Abrahams en Amérique et de Dieulafoy et de Pinard en France.

La pathologie de l'appendice offre en effet des particularités chez la femme par suite des rapports qui existent entre cet organe et l'appareil génital. Les diverses modifications des organes utéro-annexiels, soit physiologiques (menstruation, grossesse), soit pathologiques (annexites) retentiront dans certains cas sur l'appendice; et l'inflammation de ce dernier peut parfois se propager aux premiers. De plus, même dans le cas où aucune relation n'existe entre les deux affections, leur voisinage explique leur confusion possible.

Il est donc intéressant de savoir d'abord quelles sont les positions que peut occuper l'appendice vis-à-vis des organes du bassin. Sa situation est variable, mais la plus importante, au point de vue qui nous occupe, est celle où il est placé au-dessous et en dedans du cœcum, *position sous cœcale*, dans laquelle sa pointe arrive au niveau, et parfois déborde, plus ou moins, le détroit supérieur. Il peut aussi plonger dans le bassin et se mettre en rapport avec le rectum, l'utérus, l'ovaire, la trompe et le ligament large correspondants. L'appendice est alors dit *pelvien*. Une inflammation légère lui fait facilement contracter des adhérences avec ces organes.

Le cœcum, dont la situation varie extrêmement, descend parfois aussi dans le bassin et l'appendice par conséquent; mais cette situation basse du cœcum est plus rare que la position pelvienne de l'appendice seul. La position des-

cependante de l'appendice est plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Clado (1) l'a constatée le premier en 1892. Lafforgue (2) admet une moyenne de 41 % d'appendices descendants dont 20 % franchement pelviens ; Bérard (3) indique 30 %.

Barnsby (4), dans une statistique personnelle, fait ressortir la fréquence de cette position chez la femme. Sur 100 sujets adultes du sexe féminin, l'appendice a été retrouvé 61 fois en position descendante (la pointe effleure le bord du détroit supérieur). Sur ces 61 cas, on a noté 32 fois la position franchement pelvienne avec rapports variés avec le rectum, la vessie, l'utérus et surtout la partie postérieure du ligament large correspondant.

Cette situation est d'autant plus fréquente, que l'individu avance en âge. Cependant Legueu (5) l'a trouvée chez l'enfant 14 fois sur 100. Vallée (6), au contraire, dans cent autopsies d'enfants a toujours vu, deux cas exceptés, le cœcum au-dessus du plan passant par les épines iliaques antérieures et supérieures.

Il nous a paru utile de rappeler, comme introduction, ces quelques notions d'anatomie, qui éclairent la pathogénie de certaines appendicites chez la femme, mais font voir aussi les difficultés du diagnostic dans certains cas.

(1) CLADO. — De l'app. iléo-cœcal. *Mém. soc. biol.* (1892).

(2) LAFFORGUE. — *Journ. d'anat. et de physiol.*, 1893.

(3) BÉRARD. — In *Thèse de Dermoy*. Lyon, 1897, p. 11.

(4) BARNSBY. — *Soc. anat.*, 7 janvier 1898.

(5) LEGUEU. — App. pelvienne. *Bull. soc. anat.*, 1892, p. 55.

(6) VALÉE. — Appendice chez l'enfant. *Th.*, Paris, 1900.

Nous étudierons successivement :

Chapitre I. — *Fréquence de l'appendicite chez la femme.*

Chapitre II. — *Rapports de l'appendicite avec la menstruation, la grossesse et la ménopause.*

Chapitre III. — *Appendicite et affections des annexes et de l'utérus.*

Chapitre IV. — *Conditions spéciales de l'appendicite chez la femme.*

Chapitre V. — *Particularités du diagnostic de l'appendicite chez la femme.*

Chapitre VI. — *Observations.*

Chapitre VII. — *Conclusions.*

Dans les pages qui vont suivre, nous n'avons pas eu la prétention de faire l'histoire complète de l'appendicite chez la femme, nous avons voulu seulement indiquer les particularités de cette affection dans le sexe féminin.

Nous ne voulons pas terminer nos études médicales, sans adresser un souvenir reconnaissant à tous ceux qui, à Lille et à Paris, ont bien voulu nous guider de leur expérience et nous permettre de profiter de leur savoir.

Nous tenons à exprimer notre vive gratitude à M. le professeur Duret, qui a bien voulu nous donner l'idée de ce travail; nous l'en remercions vivement.

Nous remercions également M. le docteur Verstraete, chef de clinique de M. le professeur Duret; il nous a

donné plusieurs observations et nous a aidé de ses conseils.

Que M. le professeur Le Dentu veuille bien recevoir l'hommage respectueux de notre reconnaissance ; nous n'oublierons pas le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I^{er}

Fréquence de l'appendicite chez la femme

Tous les auteurs, à quelques exceptions près (1), sont d'accord pour admettre la fréquence beaucoup moins grande de l'appendicite chez la femme. Ainsi en prenant quelques-unes des statistiques portant sur plus de cent cas, nous avons le tableau suivant :

Le Guern (2) 171 cas : 130 hommes, 32 femmes.

Fitz (3) 247 — : 197 — 50 —

Pravaz (4) 392 — : 295 — 97 —

Talamon (5) 200 — : 156 — 44 —

En faisant le total, nous trouvons 778 hommes et seulement 223 femmes, soit 22 pour 100.

(1) NICOLOYSEN et THUE ont publié, il y a peu de temps, une statistique portant sur 202 cas ; il y avait 81 hommes et 121 femmes. Quelques auteurs allemands (Ribbert, Einhorn, Schneller, Dorfler), ont admis que l'appendicite était plus fréquente dans le sexe féminin. Abrahams pense que si l'appendicite paraît si peu fréquente chez la femme, c'est qu'elle est souvent confondue avec les affections des annexes.

(2) LE GUERN. — App. par corps étrangers, 9 fois le sexe n'est pas indiqué. *Th.*, Paris (1893).

(3) FITZ. — *Amer. Journ. of. med. sc.* (1888).

(4) PRAVAZ. — Pérityphlite et son traitement. *Th.*, Lyon (1888).

(5) TALAMON. — App. et pérityphlite., *Coll. Charcot-Debove* (1892).

La proportion paraît un peu plus forte chez les enfants. Matterstock compte 21 filles et 51 garçons (1), Jacobs (2) 8 filles et 21 garçons et M^{lle} Gordon (3) 21 filles et 58 garçons ; soit 50 filles pour 180 garçons, c'est-à-dire 28 pour 100.

Cette moins grande fréquence de l'appendicite chez la femme, à quoi faut-il l'attribuer ? C'est là un point difficile à établir. Pourtant un certain nombre de causes qu'on a signalées comme prédisposant à cette affection se rencontrent plus fréquemment chez la femme : constipation, entérite muco-membraneuse, etc.

Faut-il attribuer une certaine importance, comme le pense Robinsohn (4), aux rapports de l'appendice et du psoas ? Le fonctionnement physiologique de ce muscle étant plus considérable chez l'homme, ce serait une sorte de traumatisme prolongé, qui ferait de l'appendice un organe de moindre résistance. Il serait difficile de l'affirmer.

Treub (5) a donné une explication basée sur le ligament appendiculo-ovarien de Clado, par lequel communiqueraient les lymphatiques appendiculaires et utéro-ovariens ; l'écoulement des produits infectieux de l'appendice

(1) MATTERSTOCK. — *Gehrhardt's. Handbuch der Kinderkrankheiten*, vol. IV.

(2) JACOBS. — *Bull. de la polyclinique de l'hôpital international* (1896).

(3) GORDON. — *Appendicite chez l'enfant. Thèse*, Paris, 1897, p. 26.

(4) ROBINSOHN. — *University medical Magazine* (1896).

(5) TREUB. — *Revue de Gyn. et Chirur. abd.* (1897) p. 263.

dans le ligament large serait donc facile, d'où moindre fréquence et moindre gravité de l'affection. Nous reviendrons sur ce sujet à propos des conditions anatomiques de l'appendicite chez la femme ; qu'il nous suffise de dire maintenant que dans beaucoup de cas, le ligament de Clado n'existe pas.

Il est plus probable que si la femme est moins souvent frappée, elle doit cet heureux privilège à son genre de vie, qui la fait se livrer moins souvent à des écarts de régime, à des excès alimentaires, à des travaux, ou à des exercices violents.

Quant à l'âge où l'appendicite atteint son maximum de fréquence dans le sexe féminin, c'est, comme dans le sexe masculin, de 10 à 30 ans.

CHAPITRE II

Rapports de l'appendicite avec la menstruation, la grossesse et la ménopause.

A. — APPENDICITE ET MENSTRUATION

Les rapports de l'appendicite et de la menstruation sont encore mal connus. Cependant Roux, Quenu, Brun, Richelot, Walther, ont noté l'apparition des règles comme favorisant l'inflammation appendiculaire.

L'observation I, communiquée par M. Le Gendre à la Société médicale des hôpitaux (1897) est très intéressante à ce sujet. C'est le cas d'une jeune femme enceinte de quelques semaines, sujette depuis plusieurs années à des crises appendiculaires, dont quelques-unes s'étaient montrées au moment d'une époque menstruelle. Une nouvelle attaque survint qui fut plus grave que les précédentes, probablement du fait de la grossesse. Pourtant les jours suivants la résolution se produisait assez rapidement, lorsque, deux jours avant la date ordinaire des

règles, la situation changea; l'état s'aggrava subitement. M. Jalaguier, consulté par M. Le Gendre, émit l'avis que le molimen menstruel, quoiqu'entravé par l'état de grossesse, avait pu provoquer une poussée congestive autour du foyer de l'appendicite, d'où l'aggravation présente ; cette opinion fut justifiée, car la régression ne tarda pas à se faire.

Il ne s'agit pas là d'une cause efficiente, mais d'une cause occasionnelle. Les époques menstruelles, produisant la congestion des organes génitaux, ainsi que de ceux qui les avoisinent, il est vraisemblable que cet état favorise l'infection d'un appendice déjà adulté par des crises antérieures. En effet, il est à remarquer que les femmes, qui ont un foyer péritonéal, quel qu'il soit, plus ou moins en activité inflammatoire, en souffrent davantage aux époques menstruelles. Peut-être peut-on voir ainsi parfois le foyer se rallumer à l'occasion des règles jusqu'à atteindre l'importance d'une crise appendiculaire.

Au IX^e Congrès de chirurgie, Roux (1), comparant l'appendice avec les amygdales, disait : « Le professionnel de l'appendicite garde dans son tissu adénoïde tous les éléments nécessaires pour contracter une nouvelle pérityphlite à l'occasion de toutes les hyperhémies : indigestion, refroidissement, menstruation, etc. »

(1) Roux. — *Congrès de chirurgie* (1895). p. 255.

B. — APPENDICITE ET GROSSESSE

L'appendicite peut faire son apparition pendant tout le cours de la grossesse et des suites de couches, rarement cependant dans ce dernier cas, aussi bien, d'après Pinard, chez la femme aux fonctions intestinales irrégulières (constipation), ou pathologiques (colite muco-membraneuse), que chez la femme bien portante.

L'anatomie pathologique de cette affection compliquant la grossesse ne présentant pas de particularités, nous n'en parlerons pas.

La symptomatologie de l'appendicite de la grossesse diffère peu de celle de l'appendicite ordinaire. La douleur est toujours le symptôme important, douleur localisée au point de Mac-Burney et graduellement croissante, mais quelquefois aussi généralisée à tout l'abdomen. On la voit parfois durer longtemps et ne céder qu'après plusieurs jours. Les vomissements existent dans la plupart des cas ; il en est de même de la constipation, souvent précédée de diarrhée. Le pouls et la température sont à peu près identiques à ceux que l'on observe habituellement, cependant la température s'élève peut-être moins rapidement au début.

A la palpation, il n'est pas toujours facile de sentir une tuméfaction bien limitée à la région iliaque droite, car l'état de grossesse gêne notablement sa recherche et l'examen le plus soigneux peut parfois n'amener aucune

découverte. D'ailleurs il n'existe pas toujours de tumeur appendiculaire. Néanmoins la palpation de l'abdomen fera percevoir un symptôme très important sur lequel Pinard a insisté à l'Académie de médecine, c'est la contraction particulière des muscles de la région, c'est la défense musculaire qui dans l'appendicite ordinaire s'ajoute aux autres symptômes, mais qui, dans certains cas difficiles, comme chez la femme enceinte, peut être le seul signe, ou du moins le plus important, pour arriver au diagnostic.

Si la tension de la paroi abdominale est trop forte, on peut avoir recours pour faciliter l'examen, au sommeil chloroformique.

A la palpation, il faut joindre le toucher vaginal ; s'il est parfois négatif, surtout lorsque la grossesse est proche du terme, il peut dans d'autres cas donner des renseignements précis. On peut ainsi trouver dans le cul-de-sac droit une tuméfaction se continuant avec la tumeur de la fosse iliaque droite, ou du moins faire ressentir à la malade une douleur plus ou moins vive de ce côté.

Nous allons voir maintenant l'influence de la grossesse sur l'appendicite, puis ensuite celle de l'appendicite sur la grossesse.

L'appendicite sans être fréquente au cours de la grossesse n'est cependant pas rare, et il semble qu'il y ait quelques bonnes raisons pour qu'elle se manifeste plus facilement pendant cet état physiologique. Si on pense à l'énorme congestion des organes génitaux, qui certai-

nement réagit sur l'intestin, occasionnant, d'une part une pléthore dans la circulation intestinale, d'autre part de la parésie et une constipation fréquente, on comprend qu'il y ait là une prédisposition manifeste. La modification du sang, de l'état général et l'action mécanique de l'utérus gravide peuvent aussi expliquer la fréquence de l'appendicite.

De plus, suivant Dieulafoy (1), les calculs appendiculaires seraient comparables aux calculs biliaires, et la lithiase appendiculaire serait favorisée par la grossesse comme les lithiases biliaire et urinaire. Dans l'observation (obs. II) de M. Tuffier, nous voyons à trois grossesses successives correspondre trois poussées inflammatoires de l'appendice.

Si la grossesse semble favoriser l'appendicite, elle en augmente aussi la gravité pour les mêmes raisons et l'observation I nous le démontre de la façon la plus nette ; en effet à la première grossesse, la crise appendiculaire dura six jours, alors que les attaques antérieures n'avaient duré que trois jours environ, et à la deuxième grossesse, la crise fut si grave qu'il fallut intervenir d'urgence chirurgicalement,

S'il existe une poche purulente, la présence de l'utérus, qui se développe auprès de cette poche, aura pour effet, en la comprimant et en exerçant des tractions dangereuses sur ses parois, d'en favoriser la rupture.

(1) DIEULAFOY. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 327.

Enfin si la grossesse s'est passée sans accident, on peut encore observer des complications pendant les suites de couches. On sait que les anciens foyers inflammatoires se réchauffent quelquefois pendant le post-partum. Ces récidives sont bien connues, et Budin a particulièrement attiré l'attention sur ces cas. Il a rapproché ces faits de ceux que Verneuil avait signalés comme provenant du « microbisme latent ». On pourra donc voir se produire une poussée inflammatoire au pourtour d'un appendice anciennement malade et qui n'avait donné lieu à aucun signe pendant la grossesse. Les accidents particuliers qui peuvent venir troubler les suites de couches chez une femme atteinte d'appendicite sont : l'ouverture d'une poche péritonéale par suite de la traction exercée sur les fausses membranes par la diminution rapide du volume de l'utérus, et l'infection puerpérale secondaire ; on retrouve alors le colibacille dans les lochies et les vaisseaux de l'utérus.

L'influence de l'appendicite sur la grossesse est encore plus manifeste, l'avortement ou l'accouchement prématuré sont fréquents. Il est vrai que tout dépend de la gravité de l'affection intercurrente. Une appendicite simple, catarrhale, pourra présenter même plusieurs attaques successives sans que la grossesse soit interrompue. Au contraire une appendicite suppurée fera craindre les plus graves accidents ; d'autant plus que le développement considérable des vaisseaux sanguins et lymphatiques du petit bassin facilite l'extension du processus

infectieux. Cette infection peut agir directement par effraction placentaire ou par absorption de toxines. C'est le premier cas qui eut lieu dans l'observation de Pinard (Obs. III) ; on prit du sang dans un des vaisseaux du cordon et on obtint des cultures pures de colibacille.

Dans l'accouchement prématuré, l'enfant est souvent mort avant son expulsion, mais lorsqu'il naît vivant, il arrive quelquefois qu'il succombe au bout de quelques jours à une affection indéterminée ; il est probable que l'infection à laquelle il a été soumis dans l'utérus n'y est pas étrangère.

Les statistiques démontrent cette influence néfaste de l'appendicite. Iarca (1) sur 29 cas trouve 10 avortements et 5 accouchements prématurés ; et 7 enfants seulement sont nés vivants. Bouillier (2) a recueilli 22 observations, dont 7 où la grossesse avait été interrompue : 12 enfants furent expulsés vivants.

L'appendicite peut coexister avec la grossesse extra-utérine, mais ce cas est extrêmement rare. L'infection du kyste foetal doit être favorisée par ce fait.

Diagnostic. — Reconnaître une appendicite chez une femme enceinte est en général assez facile. Cependant quand la maladie ne se manifeste que par des caractères incertains, quand l'examen de la malade est rendu difficile

(1) IARCA. — App. pendant la gross. et suites de couches, *Th.*, Paris, (1898) p. 26.

(2) BOUILLIER. — L'app. pendant la gross. *Th.* Lyon (1897) p. 68.

par la présence d'un utérus gravide volumineux, on peut éprouver des hésitations avant de conclure.

Si la femme a eu des attaques antérieures, l'affection sera plus facile à dépister, mais si elle se trouve à son premier accès, la difficulté est beaucoup plus grande. Cependant, l'utérus gravide, pas plus que les signes sympathiques de la grossesse, ne masquent les principaux symptômes de l'appendicite : douleur graduellement croissante et dont la localisation au lieu d'élection fournit un appoint considérable au diagnostic, symptômes péritonéaux, élévation thermique, empâtement de la fosse iliaque. Tous ces symptômes existaient dans le cas que nous avons observé chez une femme enceinte de huit mois (Obs. V). Toute douleur abdominale doit exciter l'attention pendant la grossesse, si elle reste localisée à la fosse iliaque droite, quand il n'y a pas de menace d'avortement, d'accouchement prématuré ou de commencement de travail, ce dont il est facile de s'assurer.

Les vomissements de la grossesse et même ceux dits incoercibles ne sont jamais accompagnés d'hyperthermie.

Frankel recommande, lorsque le diagnostic est hésitant, de placer la malade dans le décubitus latéral gauche : l'utérus tombe à gauche, tandis que le foyer appendiculaire, le plus souvent limité par des adhérences, ne bouge pas ; par suite il s'établit une zone intermédiaire de sonorité. Mais ce moyen peut rester en défaut.

On pourrait confondre l'appendicite avec la salpingo-ovarite droite, erreur d'autant plus facile que les annexes

de la femme enceinte sont très haut situées ; et cette confusion sera presque fatale, si la maladie ne débute que pendant le post-partum ou le post-abortum : on pensera aussitôt à une infection utéro-annexielle d'origine puerpérale. Pour donner les éléments du diagnostic différentiel, nous ne pourrions que répéter ce que nous dirons plus tard au chapitre des particularités du diagnostic de l'appendicite chez la femme ; nous en résumerons en quelques traits les éléments principaux.

La douleur de l'annexite est moins vive, moins brusque ; elle s'irradie aux lombes, aux cuisses, s'exaspère par le toucher vaginal. Les antécédents (troubles menstruels, écoulement vaginal, blennorrhagie antérieure, avortements, etc.) ont naturellement une grande importance. Des troubles digestifs marqués sont plutôt en faveur de l'appendicite. A la palpation, combinée avec le toucher vaginal, on constate que la tumeur annexielle est fixée à l'utérus. Enfin l'état général de la malade et surtout l'évolution de la maladie sont très utiles à considérer.

Le diagnostic de l'appendicite avec d'autres affections (coliques hépatiques et néphrétiques, occlusion intestinale, rein mobile, etc.) n'offre rien de particulier lorsque la malade est enceinte.

Il est de toute importance que le diagnostic d'affection appendiculaire soit fait le plus tôt possible, car du traitement dépendra souvent la vie de la mère et de l'enfant.

Pronostic. — La grossesse et l'appendicite, comme

nous l'avons vu, ont donc une funeste influence réciproque. Quant au pronostic pour la mère, il doit être très réservé, car les femmes meurent dans presque un tiers des cas. Ce qui explique en partie ce fait, c'est l'infection fréquente du foie dans l'appendicite, or, chez la femme enceinte, cet organe est en imminence d'infection ; la grossesse est donc, sous ce rapport, un facteur de gravité (Dieulafoy).

Traitement. — Dans les discussions de l'Académie de médecine (mars 1898, février 1899) sur le traitement de l'appendicite pendant la grossesse, la plupart des orateurs (Pinard, Dieulafoy, Reclus) ont conclu à la nécessité d'une intervention rapide. Dès 1896, Pinard disait : « L'appendicite pendant la grossesse doit être traitée chirurgicalement plus rapidement que dans n'importe quel cas ; et cela, en raison des rapports du foyer infectieux avec l'appareil génital. »

Pour terminer ce chapitre, nous ne pouvons mieux faire que citer les quelques conclusions qui font suite à une communication que le même auteur faisait à l'Académie de médecine, le 6 mars 1900 :

1° L'appendicite peut être observée chez les femmes enceintes primipares ou multipares et à toutes les périodes de la grossesse.

2° Pendant la grossesse, l'appendicite à marche insidieuse au début, prend souvent une allure foudroyante, et revêt un caractère spécial de gravité.

3° L'intervention opératoire, aussi hâtive que possible, peut seule offrir des chances de guérison.

4° Même en face d'un cas qui paraît désespéré, en ayant le courage d'intervenir, on peut quelquefois empêcher les malades de mourir.

C. — APPENDICITE ET MÉNOPAUSE.

Après quarante ans, l'appendicite est très rare. La coexistence de cette affection et de l'époque de la cessation des règles est donc une exception. Nous n'en connaissons pas d'observation, et par conséquent nous ne savons pas s'il existe des relations entre l'appendicite et la ménopause. Il est probable que pendant cette période, la congestion des organes génitaux, retentissant sur les organes voisins, favorise l'infection appendiculaire, au même titre que la menstruation.

CHAPITRE III

Appendicite et affections des annexes et de l'utérus.

Nous n'étudierons dans ce chapitre que la coexistence de l'appendicite et des affections utéro-annexielles, réservant au chapitre V, le diagnostic entre ces deux maladies.

Il n'est pas très rare pour le chirurgien de trouver, au cours d'une laparotomie faite pour enlever des annexes malades, un appendice adultéré; l'inflammation de l'organe étant passée complètement inaperçue. Le diagnostic présente en effet des difficultés considérables en raison de la superposition des symptômes dans ces deux maladies. Il est possible cependant d'arriver à la solution le plus souvent par un interrogatoire minutieux, une analyse précise des moindres symptômes, un examen local méthodiquement conduit.

Comme dans ce cas, les lésions de l'appendice présentent des particularités intéressantes, nous commencerons par les étudier.

Anatomie pathologique. — Plusieurs cas se présentent :

a) Il n'existe que de simples adhérences entre l'appendice et la trompe droite. L'appendice peut n'être fixé que par sa pointe. L'organe est à peine congestionné et cependant à l'examen microscopique, il présente des lésions accentuées de folliculite.

b) Il y a infiltration inflammatoire unissant les deux organes (péri-appendicite). L'appendice est enserré dans une gangue plastique ; il y a tendance à la sclérose avec oblitération totale ou partielle de la lumière appendiculaire (appendicite oblitérante atrophique de Glantenay) (1).

c) Il existe une collection appendiculaire et une collection salpingienne, qui peuvent s'ouvrir dans une collection unique. On a même vu le pus d'une appendicite couler par le vagin après avoir suivi la trompe.

Au *Congrès international de Médecine* de 1900, Delagénère (du Mans) apportait vingt-six nouvelles observations d'appendicites avec affections de l'utérus et des annexes (salpingites, kystes de l'ovaire avec suppuration ou torsion du pédicule, adhérences péritonéales, cancer et fibrome de l'utérus etc.). Dans tous ces cas, l'examen histologique ne montra que l'appendicite folliculaire classique. Le cancer lui-même, en infiltrant les parois, avait seulement préparé la voie à la folliculite.

La plupart du temps, les accidents commencent du

(1) GLANTENAY. — *Presse Médicale*, 1898, page 186.

côté des annexes et nous verrons dans le prochain chapitre comment l'infection se transmet à l'appendice. Le cas contraire est beaucoup plus rare. Pour Treub (1), l'infection appendiculaire passerait par le ligament de Clado, s'étendrait par là au pelvis et produirait la paramétrite ; l'existence de ce ligament n'étant pas absolue, cette explication ne suffit pas. Duncan (2) admet que l'infection passe à travers les parois de l'organe et s'étend ensuite au tissu cellulaire du voisinage. La paramétrite crée de toutes pièces une véritable tumeur pelvienne produite par le ligament large enflammé, et l'utérus immobilisé paraît être en rapport direct avec elle. L'appendicite produit d'autres lésions que la paramétrite, elle peut donner lieu aussi à la salpingo-ovarite. D'ailleurs ces deux affections, appendicite et annexite, peuvent exister ensemble sans qu'il y ait entre elles rapport de cause à effet : ce n'est alors qu'une coexistence purement accidentelle.

Symptômes et diagnostic. — Nous venons de voir que l'affection primitive est habituellement l'annexite. Étudions d'abord ce cas. Mais il faut savoir que c'est l'affection secondaire qui, venant surajouter ses symptômes à ceux de l'affection primitive, sera difficile à dépister. On ne songe pas à la possibilité de cette complication et on rap-

(1) TREUB. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1897, page 263.

(2) DUNCAN. — *The Lancet*, janv. 1897, page 7.

porte cette aggravation des symptômes à l'aggravation de la maladie première.

En interrogeant avec soin la malade, on trouve dans les antécédents, la cause, le début et la marche des affections utérines et annexielles. La cause aura été soit un accouchement ou un avortement avec infection puerpérale, soit une infection gonococcique. La douleur dans la région hypogastrique, une fièvre moyenne, des troubles gastro-intestinaux, un état général moyennement atteint, tels auront été les signes du début. Puis peu à peu tout s'est amendé ; les symptômes se sont atténués ; seule a persisté une douleur, à peine accusée entre les règles, localisée, soit à droite soit à gauche, mais plus souvent à gauche. Pendant les périodes menstruelles, devenues irrégulières, l'écoulement du sang s'est accompagné de douleurs beaucoup plus vives, et a été suivi de leucorrhée abondante et même d'écoulements muco-purulents ; les troubles gastriques et intestinaux qui étaient disparus à peu près, se sont de nouveau accentués. La maladie continue ainsi son cours, entrecoupée de temps en temps de crises aiguës ou subaiguës, survenues à la suite d'une cause quelconque, d'un écart de régime, par exemple, jusqu'à une dernière crise, plus intense que les autres, qui a commencé au début des règles avant l'écoulement du sang menstruel, alors que les autres avaient coïncidé plutôt avec la fin des règles (Delagénière). C'est l'appendicite qui fait son apparition.

Depuis ce temps, la douleur qui était intermittente et

disparaissait entre les époques menstruelles, est devenue continue, sourde et s'est localisée surtout à droite, alors qu'auparavant elle existait plutôt à gauche, ou des deux côtés à la fois, ce qui est la règle habituelle. Les troubles gastro-intestinaux se sont aggravés : inappétence plus grande, digestions difficiles, constipation opiniâtre.

Passant ensuite à l'examen local, on fait les constatations suivantes : au palper abdominal, la malade accuse une douleur plus marquée du côté droit et dont le foyer est au point de Mac-Burney ; mais cette localisation précise est loin d'être la règle, surtout dans le cas d'appendicite pelvienne. Une légère contracture des muscles de la paroi existe aussi à droite. Le plastron abdominal et le boudin appendiculaire qui sont des signes de premier ordre, ne sont pas toujours là, par exemple lorsqu'il n'y a que quelques adhérences entre la pointe de l'appendice et les annexes. Si ces tumeurs existent, par le toucher vaginal combiné au palper, on trouve une tuméfaction annexielle droite se prolongeant vers le détroit supérieur (appendicite pelvienne), ou jusque dans la fosse iliaque droite. Les culs-de-sac sont douloureux, mais surtout le droit. Le toucher rectal est d'une utilité incontestable (Bouveret, Poncet, Tuffier, Jalaguier, Duret) pour dépister l'appendicite pelvienne.

Le cas le plus difficile à résoudre, serait celui où la lésion annexielle siègerait seulement à droite, accompagnée d'une tumeur volumineuse et d'une appendicite pelvienne ; il serait impossible, ou du moins très difficile,

de découvrir les symptômes propres à cette dernière affection.

Etudions maintenant l'appendicite compliquée d'annexite ; ce cas est beaucoup plus rare.

Par l'interrogatoire, la femme raconte qu'elle a ressenti, il y a plus ou moins longtemps, une douleur brusque dans la fosse iliaque droite avec fièvre et constipation. Consécutivement l'état général est devenu mauvais, des troubles dyspeptiques sont survenus et ont toujours persisté. Des crises successives se sont montrées à des intervalles irréguliers, pendant ou dans l'intervalle des règles ; mais, entre ces crises, il existait toujours une douleur sourde du côté droit. Puis, à partir d'un certain moment (accouchement, avortement, blennorrhagie le plus souvent méconnue), la dysménorrhée et la leucorrhée sont apparues. Des coliques salpingiennes avec décharges de pus par l'utérus sont aussi souvent notées. L'examen local ne diffère en rien de celui du cas précédent, nous n'y reviendrons pas ; nous dirons seulement quelques mots du diagnostic par le palper et le toucher de la tumeur appendiculaire et de la paramérite que nous savons avoir quelquefois l'appendicite pour cause. Treub (1) pense que la distinction est toujours possible ; mais il faut remarquer que ses observations ne se rapportent pas à des cas d'appendicites franchement pelviennes. Au-dessus de la ligne formée par le ligament large infiltré, on peut sentir une

(1) TREUB. — *Loc. cit.*

tuméfaction plus ou moins douloureuse, surplombant en quelque sorte cette ligne et se perdant vers le haut au milieu des anses intestinales. Au cas où la tumeur appendiculaire occuperait nettement le petit bassin, la distinction serait bien difficile et on sera tenté de la rapporter à l'ovaire ou à la trompe enflammés.

Dans tous les cas, les symptômes qui feront penser à l'annexite sont : les règles douloureuses avec leucorrhée, la sensibilité de l'utérus et enfin la douleur à la pression des annexes gauches. Ceux qui attireront l'attention du côté de l'appendicite sont : douleur vive au point de MacBurney, persistant longtemps, troubles gastro-intestinaux accentués, et au toucher, la douleur surtout localisée dans le cul-de-sac droit.

La description que nous venons de faire est certainement un peu schématique et si la clinique ne fournissait que des cas semblables, le diagnostic n'en serait pas très difficile. Mais souvent les symptômes n'existent pas tous, surtout avec des caractères tranchés qui autorisent à dire : tel signe appartient à l'appendicite, tel autre à l'annexite concomitante. Cependant en procédant avec attention et méthode, on peut arriver dans beaucoup de cas à formuler un diagnostic suffisamment précis, et à découvrir le moment où l'affection secondaire s'est greffée sur l'affection primitive.

Jusqu'ici, nous n'avons eu en vue que les lésions inflammatoires des organes utéro-annexiels, compliquant l'appendicite, mais il peut y avoir aussi coexistence de

cette dernière maladie avec les tumeurs de ces mêmes organes (kyste de l'ovaire, fibrome et cancer de l'utérus). Dans ces cas, le diagnostic est plus facile, car les symptômes de chaque affection ne prêtent plus autant à la confusion, et conservent plutôt leurs caractères particuliers et leur valeur diagnostique plus grande. Il est cependant des cas particuliers comme la torsion d'un petit kyste de l'ovaire, d'une trompe enflammée ou non, ou la suppuration d'un kyste de l'ovaire, où le diagnostic se trouve souvent en défaut. Nous n'entrerons pas dans d'autres détails, car il nous faudrait répéter ce que nous avons déjà dit.

Pronostic. — L'appendicite dans les affections des annexes et de l'utérus constitue une complication des plus fâcheuses, car elle conserve toujours sa gravité propre ; aussi est-ce une raison pour mettre tout son pouvoir à faire le diagnostic pour instituer un traitement rationnel.

Traitement. — Dans l'appendicite aiguë, l'opération précoce est la règle sauf le cas de bénignité spéciale.

Dans l'appendicite chronique, l'opération doit être conseillée lorsqu'un certain nombre de crises, une douleur ou une tumeur persistante sont venues démontrer qu'il n'y avait rien à attendre de la guérison spontanée.

Delagénère (1) recommande dans tous les cas l'intervention chirurgicale précoce, et même en cas de diag-

(1) DELAGÉNIÈRE. — *Congrès international de Médecine*, 1900.

nostic douteux, les lésions annexielles étant une raison suffisante d'intervenir.

C'est la voie abdominale qui doit être préférée, même dans un cas douteux, car après l'hystérectomie vaginale faite par exemple pour une périméthro-salpingite, certaines malades ont continué à souffrir, et on a accusé l'appendice laissé en place.

L'incision latérale de Roux ne convient qu'à l'appendicite avec salpingite secondaire unilatérale. Il faut dans les autres cas recourir à la laparotomie sous-ombilicale médiane. Seule, elle permet de vérifier un diagnostic douteux, d'enlever une ou deux annexes et l'appendice si cela est nécessaire. Si l'appendice est sain en apparence, à peine congestionné, adhérent par sa pointe aux annexes malades, faut-il le sacrifier ? Nombre de chirurgiens (Poncet, Pozzi, Richelot) répondent par l'affirmative. N'avons-nous pas vu que cet organe, sain en apparence, était atteint en réalité de folliculite ?

Qu'il s'agisse d'une incision latérale ou d'une incision médiane, il faut assurer un bon drainage. Cela est difficile si l'appendicite est pelvienne. Le drainage abdomino-vaginal, utilisant la déclivité du cul-de-sac de Douglas, donne des résultats excellents, comme nous avons pu le voir dans le service de M. le Dr Duret. Dans une de nos observations (Obs. XIII), il a fallu y recourir secondairement pour assurer la cessation de la suppuration iliaque.

CHAPITRE IV

Conditions spéciales de l'appendicite chez la femme.

Nous avons vu que l'appendicite était moins fréquente chez la femme que chez l'homme. La raison de ce privilège est d'autant plus difficile à comprendre que certaines conditions, qui favorisent l'appendicite, sont spéciales au sexe féminin, et que d'autres sont plus fréquentes chez lui. Nous étudierons successivement les conditions anatomiques, physiologiques et pathologiques.

Conditions anatomiques. — Une première question se pose : existe-t-il des liens anatomiques entre l'appendice et les organes génitaux de la femme ? S'ils existent, inévitablement les maladies annexielles retentiront aussitôt sur l'appendice. Dans un mémoire bien connu, Clado (1) décrit un ligament qu'il appelle *ligament appendiculo-ovarien*, unissant, comme le mot l'indique, l'appendice à l'ovaire : « En relevant, dit-il, l'appendice iléo-

(1) CLADO. — De l'appendice iléo-cœcal, *Soc. de Biol.*, 1892.

cœcal, on peut voir qu'il se forme un repli péritonéal, partant du méso-appendice pour aller se continuer avec le bord supérieur du ligament large. Ce repli, dit ligament appendiculo-ovarien, est falciforme, à concavité supérieure; sa partie moyenne répond aux vaisseaux iliaques, et mesure un ou deux centimètres de hauteur. Ce ligament est constant chez la femme et on en trouve parfois des vestiges chez l'homme sous forme d'un petit repli qui croise les vaisseaux iliaques et se perd dans le bassin. »

Ce ligament serait un organe possédant des vaisseaux lymphatiques qui « mettent en communication les atmosphères celluluses des deux organes et permettent aux micro-organismes de se transporter de l'un à l'autre. »

Ce ligament fut de nouveau décrit par Durand (1), par Binkley en Amérique, et Kruger (2) en Allemagne. Son étude fut enfin reprise par Treub (3) en Hollande, qui a basé sur son existence une explication de la moins grande fréquence, et de la moins grande gravité de l'appendicite chez la femme.

L'existence de ligament est presque niée par les anatomistes modernes : Lafforgue (4), élève de Testut, ne l'a trouvé que 20 fois sur 100. Barnsby (5) ne l'a pas rencontré une seule fois sur 127 cadavres. Bérard, Souli-

(1) DURAND. — *Progrès Médical* (1895).

(2) KRUGER. — *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, XLV (1897).

(3) TREUB. — *Loco. cit.*

(4) LAFFORGUE. — *Jour. d'anat. et de phys.*, 1893, p. 141.

(5) BARNSBY. — *Thèse*, Paris, p. 17.

goux, Poirier ne le mentionnent pas. Il semble que ce ligament, quand il existe, soit une anomalie.

Quant aux communications vasculaires entre lymphatiques utéro ovariens et appendiculaires, elles pourraient cependant se faire sous la séreuse, sans le secours de ce ligament. Barnsby a fait des recherches à ce sujet, sur un petit nombre de cas, il est vrai, toutes ont été négatives.

Ces relations vasculaires n'existant pas en règle générale, il semble donc qu'il n'y ait aucun lien anatomique entre les annexes, situées dans le petit bassin, et l'appendice placé dans la fosse iliaque au-dessus du détroit supérieur. Mais n'oublions pas que souvent, surtout chez la femme, l'appendice est pelvien et se met en contact avec l'ovaire, la trompe, le ligament large du côté droit et même avec l'utérus. Quelquefois aussi, mais plus rarement, le rapprochement se fait de la façon contraire, c'est-à-dire que les annexes, s'élevant au-dessus du détroit supérieur, rencontrent l'appendice. C'est le cas pendant la grossesse ; l'ovaire et la trompe suivent le mouvement ascensionnel de l'utérus gravide ; il en est de même pendant les suites de couches, car pendant un certain temps ces organes sont assez élevés pour leur permettre de se mettre en rapport avec l'appendice. Si les annexes du côté droit étaient malades avant la grossesse ou si elles ont été lésées pendant les suites de couches par l'infection puerpérale, nous aurons, comme dans le cas d'appendice pelvien, le rapprochement d'organes infectés avec un organe sain.

Dans ces différentes positions, comment le simple contact d'un appendice sain avec des annexes malades produit-il l'appendicite ?

Certains auteurs, Pozzi (1) entre autres, font intervenir un réseau lymphatique de nouvelle formation dans les adhérences qui unissent accidentellement appendice et annexes. Ce réseau serait l'équivalent du ligament de Clado qui n'existerait pas à l'état normal dans la grande majorité des cas, mais se formerait dans certaines conditions pathologiques. Cette hypothèse, basée d'ailleurs sur des faits observés, et sur les recherches de Poirier, n'explique pas tous les cas, par exemple, ceux dans lesquels on a trouvé dans le pus de l'appendicite secondaire d'autres micro-organismes que ceux observés dans celui de de l'annexite.

Barnsby (2) donne une explication qui rend compte de ces derniers faits. Pour lui, l'appendice serait entouré peu à peu d'un magma d'adhérences qui aurait pour résultat de paralyser ses contractions, de gêner sa circulation, en un mot de modifier ses conditions de vitalité ; ce serait un *locus minoris resistentiæ*. Il suffira alors d'une infection quelconque (colite ou simplement réveil de la virulence des agents microbiens qui habitent normalement cet organe), pour constituer l'appendicite.

Conditions physiologiques. — Nous avons vu au

(1) POZZI. — *Bull. Soc. Chirurgie*, 1890, p. 779.

(2) BARNSBY. — *Loc. cit.*, page 30.

chapitre II que la menstruation et la grossesse par la congestion qu'elles produisent dans le petit bassin et dans les organes qui l'avoisinent, par les modifications de l'état général, peuvent favoriser l'appendicite ; elles augmentent aussi, surtout la grossesse, la gravité d'une lésion déjà existante.

Nous venons de voir aussi que les suites de couches prédisposaient à cette affection par le fait du rapprochement entre l'appendice et les annexes touchés par l'infection puerpérale.

Mais l'infection génitale n'est pas toujours à incriminer ; Lepage a vu débiter brusquement des accidents appendiculaires vingt-huit jours après un accouchement à terme dont les suites de couches avaient été apyrétiques. Du reste, il ressort des faits que lorsque l'appendicite vient compliquer l'état puerpéral, c'est plus souvent pendant la grossesse ; et que pendant les suites de couches, c'est une rareté.

Faut-il chercher du côté de la constipation opiniâtre des femmes enceintes ? Cependant Pinard a constaté la survenue d'appendicite chez les femmes enceintes aux fonctions digestives régulières.

Conditions pathologiques. — Les maladies de la femme qui favorisent l'infection appendiculaire sont les affections de l'utérus et des annexes, les troubles gastro-intestinaux et l'entérite muco-membraneuse qui sont plus fréquents chez elle.

Les affections de l'utérus et des annexes préparent l'appendicite de plusieurs manières.

Elles favorisent la dyspepsie et la constipation. En adhérant aux anses intestinales, elles déterminent l'inflammation de leurs parois : d'où relâchement de leurs tuniques et paralysie plus ou moins grande de leur couche musculaire. Le cours des matières est ralenti ; ces matières, à leur tour, jouent le rôle de corps étranger septique dans un organe enflammé.

Le gros intestin, et surtout le cœcum et l'appendice, seront particulièrement atteints car c'est là que les fèces stagnent le plus facilement, et présentent leur maximum de virulence. Mais en raison de la constitution anatomique spéciale de l'appendice vermiciforme, l'affection y revêt une symptomatologie et une gravité spéciales.

Lorsqu'il existe des adhérences entre les annexes et l'appendice, nous avons vu que celui-ci présentait toujours des lésions.

Dans les affections non inflammatoires, tumeur fibreuse de l'utérus, tumeur solide de l'ovaire, les accidents intestinaux sont consécutifs à la compression du rectum. Dans le cas de kyste de l'ovaire, les adhérences, les poussées de péritonite, la suppuration, la torsion du pédicule expliquent l'apparition de l'appendicite par retentissement péritonéal. S'il s'agit d'un kyste simple de l'ovaire, on peut admettre ici aussi l'influence de la coprostase par compression de l'intestin. On remarque en effet qu'après une ovariectomie faite pour un kyste de

l'ovaire, la malade après l'opération évacue de grandes quantités de matières accumulées depuis longtemps. Or la stase des matières est le premier stade de l'appendicite dans beaucoup de cas (Delagénère). Le cancer de l'utérus, lui aussi, pouvant infiltrer les parois de l'appendice, en favorise l'infection.

Si l'appendice s'altère consécutivement aux lésions des organes utéro-annexiels par suite de l'influence de celles-ci sur l'intestin, il est naturel de penser qu'il participera encore plus facilement aux affections de ce dernier, puisqu'il en est un diverticulum. C'est ainsi qu'on attribue une certaine influence aux troubles gastro-intestinaux (dyspepsie, constipation) qui sont fréquents chez la femme. Hayem, Bouchard ont signalé la fréquence des poussées d'appendicite chez les dyspeptiques avec stase gastrique.

C'est en augmentant la virulence du colibacille, qui habite normalement l'intestin, qu'agissent ces divers troubles.

Les relations entre la colite muco-membraneuse et l'appendicite ont donné lieu en 1897 à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie à de nombreuses discussions; si nous en parlons ici, c'est que cette affection, dans 80 % des cas, atteint seulement la femme.

Pour Dieulafoy, l'entéro-colite ne s'accompagne presque jamais d'appendicite; il n'y a pas de rapport de cause à effet entre ces deux maladies; il y a presque incompatibilité. Pour le prouver, il cite nombre d'auteurs

(Comby, Charrin, Potain, etc.) qui, étudiant l'entérocolite, ne parlent pas d'appendicite. Pour lui, c'est une très rare exception ; mais il peut y avoir entéro-typhlocolite, c'est-à-dire que l'inflammation peut se localiser au cœcum et même simuler l'appendicite.

Hutinel croit même cette localisation fréquente chez les enfants et met en garde contre une intervention opératoire dans ce cas.

Reclus a fait remarquer que les observations de Dieulafoy remontaient la plupart à une époque où l'appendicite était peu connue et il a cité un grand nombre de faits où cette affection avait atteint des sujets avec entérite muco-membraneuse.

Lucas-Championnière, Brun, Broca ont rapporté des observations où les accidents, qui avaient conduit à la résection de l'appendicite, s'étaient reproduits après l'opération, preuve que dans ces cas l'appendicite n'était pas toute la maladie.

Les symptômes digestifs qui précèdent et accompagnent si souvent la crise appendiculaire démontrent aussi l'influence de l'état de l'intestin.

L'expérience elle-même a prouvé que l'appendicite pouvait éclater à la suite de lésions intestinales. Reclus cite le fait suivant. Il s'agit d'une femme, sans antécédent morbide, qui eut la fâcheuse idée, pour se débarrasser d'oxyures vermiculaires, de s'administrer un lavement additionné de 50 centigrammes de sublimé. A la suite de cette médication, cette femme présenta des accidents

graves d'entéro-colite, avec expulsion de matières enrobées de mucus, de fausses membranes, et épreintes douloureuses. Puis les accidents disparurent en huit jours, et firent place à tous les symptômes d'une appendicite. Baussenat (1) a produit une entéro-colite expérimentale chez des lapins en leur faisant ingérer de la viande de bœuf hachée en pleine putréfaction ; chez tous, la muqueuse cœcale était rouge et épaissie, et l'on remarquait quelques ulcérations ; l'appendice très volumineux, très vascularisé, portait aussi de petites ulcérations.

Il peut donc exister des relations entre l'entéro-colite et l'appendicite. Dans certains cas, ce sont des rapports de cause à effet ; dans d'autres il est probable que l'entéro-colite ne fait que favoriser l'appendicite, car elle réalise tout au moins une condition excellente pour l'infection de l'appendice ; elle modifie les conditions de vitalité de la muqueuse ; elle diminue le pouvoir phagocytaire et laisse un territoire mal protégé contre l'infection. D'ailleurs le diverticule cœcal doit à ses conditions anatomiques particulières de déclivité, d'étroitesse et souvent de déviation et de torsion, d'être spécialement prédisposé aux inflammations.

Edelbohls (*Centrabl. f. Gyn.* n° 40, 1899) a indiqué le rein mobile comme cause d'appendicite chronique chez la femme et il explique ce rapport de la façon suivante. La

(1) BAUSSENAT. — Appendicites expérimentales. *Thèse*, Paris, (1897) p. 11.

mobilité du rein gauche ne produit jamais l'appendicite. Le rein mobile du côté droit prédispose à l'inflammation chronique de l'appendice par compression indirecte de la veine mésentérique supérieure. La circulation de retour dans l'appendice est gênée par la compression de cette veine entre la tête du pancréas et la colonne vertébrale.

CHAPITRE V

Particularités du diagnostic de l'appendicite chez la femme.

Les difficultés du diagnostic de l'appendicite chez la femme sont augmentées par la possibilité de confondre cette affection avec certaines maladies qui n'existent pas ou qui existent plus rarement chez l'homme : annexites, hématoçèle, ovarie des hystériques, rein mobile, lithiasse intestinale, perforation de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. Nous allons passer en revue les éléments du diagnostic entre l'appendicite et ces différentes affections.

Annexites. — Parmi les maladies des annexes, celles qui donnent surtout le change sont : les salpingites, les ovarites, les péritonites salpingiennes, le phlegmon du ligament large, la paramérite. Les éléments du diagnostic sont fournis par les signes rationnels et par les signes objectifs.

On doit d'abord tenir compte de l'âge de la malade ; les affections ovariennes et salpingiennes se présentent surtout pendant la vie génitale. On n'y pensera donc pas s'il s'agit d'un sujet pubère ou vierge.

Les commémoratifs ont une grande importance. Les poussées inflammatoires des annexes sont précédées d'une vaginite, d'une endométrite, qui se sont propagées ensuite ; c'est presque toujours, soit une infection blennorrhagique, soit une infection puerpérale après un accouchement ou un avortement. S'il s'agit d'appendicite, on trouvera dans les antécédents des troubles intestinaux très marqués, des attaques antérieures : mais c'est là aussi le cas des annexites, cependant l'attaque appendiculaire présente habituellement un caractère de plus grande gravité. Si ces rechutes se montrent surtout pendant l'époque menstruelle, on peut, d'après Delagénère, tenir compte de la date de leur apparition : la crise de l'appendicite apparaîtrait plutôt un ou deux jours avant l'écoulement du sang, tandis que la crise salpingienne ne se montrerait qu'à la fin des règles.

Dans l'observation XVI tout semblait devoir faire admettre le diagnostic d'appendicite : siège de la douleur, crises antérieures remontant à l'enfance, virginité. A la palpation, il n'existait pas de tumeur de la fosse iliaque droite ; le toucher vaginal ne fut pas pratiqué pour respecter l'hymen. Quelques réserves furent cependant faites. On crut qu'il s'agissait de légères adhérences de la pointe appendiculaire. L'opération fit découvrir un appendice

sain, mais un ovaire scléro-kystique, vraisemblablement cause des crises douloureuses.

Les antécédents gastro-intestinaux sont fréquents dans les deux affections, mais ils semblent plus tenaces et plus graves dans l'appendicite.

Les troubles menstruels et les écoulements vaginaux appartiennent à la salpingite.

Les symptômes généraux sont plus graves dans l'appendicite que dans l'annexite : le ballonnement du ventre est plus prononcé, les vomissements sont plus précoces et plus répétés, le facies est plus altéré. « D'emblée, dit Bouilly (1), la gravité de l'état apparaît plus sérieuse dans l'appendicite que dans la pelvi-péritonite d'origine annexielle. Je m'empresse d'ajouter que ces considérations n'ont rien d'absolu et que même en tenant compte de tous les moyens d'appréciation, on peut commettre les erreurs les plus fâcheuses. Le diagnostic en pareil cas ne peut guère se fonder que sur des nuances. »

La période aiguë diffère sensiblement dans les deux cas. Dans l'annexite, les accidents, quelle que soit leur gravité initiale, cèdent beaucoup plus rapidement que dans l'appendicite ; cependant il faut songer à la possibilité des accalmies trompeuses (Dieulafoy) de cette affection.

Le siège et les caractères de la douleur doivent être étudiés avec grand soin. Dans l'appendicite, son foyer est au point de Mac-Burney, tandis que la douleur de la salpingite siège plus bas. Mais si on se trouve en présence

(1) BOUILLY. *Semaine Gynécologique*, 12 octobre 1897.

d'une appendicite pelvienne, le diagnostic deviendra incertain, les deux foyers se confondent à peu près. D'autre part, s'il s'agit d'annexes fixées au cours d'une grossesse, douleur et tumeur peuvent occuper un siège très élevé.

La douleur salpingienne est intermittente, à paroxysmes menstruels; la douleur appendiculaire, extrêmement vive au début, reste persistante et sourde. Il est à peine besoin de faire remarquer que le côté où siège la douleur a une importance capitale. Il est rare que la salpingite soit unilatérale et dans ce dernier cas, elle existe plutôt à gauche; il est encore plus rare, il est exceptionnel de voir l'appendicite se manifester dans la fosse iliaque gauche.

La défense musculaire est plus accentuée dans la douleur appendiculaire.

Passant ensuite à l'examen de la tumeur, nous trouvons les différences suivantes. La tumeur de l'appendicite, lorsqu'elle existe, car elle est loin d'être constante, est abdominale; cependant si l'appendice cœcal est pelvien, la tuméfaction se rapproche de la cavité du petit bassin; toutefois, dans la plupart des cas, elle n'est pas franchement pelvienne; une partie reste au-dessus du détroit supérieur. A ces difficultés vient s'ajouter encore la contracture de la paroi, aussi est-il souvent nécessaire de faire l'examen sous chloroforme.

Le palper bimanuel, par la palpation de l'abdomen combiné au toucher vaginal ou rectal, donne de précieux

renseignements. Si on sent les annexes droites parfaitement saines et indépendantes de la tumeur, l'utérus mobile, il faudra conclure à l'appendicite. Dans le cas contraire, tumeur franchement pelvienne, soudée aux annexes, utérus immobile, annexes et utérus douloureux, on pensera aussitôt à une affection des trompes et des ovaires. Cependant il y a une restriction à faire, car en cas de paramétrite d'origine appendiculaire, le ligament large est transformé en une masse dure, rigide, immobilisant complètement l'utérus. Le toucher vaginal est plus douloureux quand il s'agit d'annexite et dans ce cas les lésions sont habituellement bilatérales.

Malgré tout, les erreurs sont cependant fréquentes et nous avons nous-même observé une erreur de ce genre dans le service de M. le Dr Duret (Obs. XIII).

Le diagnostic de la paramétrite, dont nous parlions tout à l'heure, est, d'après Tréub (1) des plus faciles. Il est possible de sentir par le palper bi-manuel, une infiltration dure allant de l'utérus à la paroi pelvienne et se terminant vers le haut par une ligne à peu près droite. En avant et en arrière du col, plus souvent en arrière, on perçoit une sorte de collerette, de même consistance, et quelquefois un peu de rénitence à gauche, résultat de la propagation déjà commencée de l'inflammation au ligament large du côté opposé. Le diagnostic de paramétrite étant fait, il faut la rattacher à son origine soit appendi-

(1) TREUB. — *Loc. cit.*

culaire soit annexielle ; cela paraît bien difficile surtout si la tumeur appendiculaire occupe le petit bassin ; elle se confondra avec le ligament large tuméfié ; Bouilly pense que la confusion est inévitable dans la plupart des cas.

Le diagnostic différentiel entre l'appendicite et la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire peut être très difficile dans certaines conditions : par exemple, lorsque le kyste est très petit et, par ce fait, est passé inaperçu. Plusieurs symptômes sont identiques dans les deux affections : vomissements, météorisme, état général grave, fréquence pendant la grossesse, douleur dans la fosse iliaque.

La différenciation se fera par l'évolution de la maladie, par la localisation précise de la douleur, par la fièvre qui atteindra 39° ou 40° dans l'appendicite, et dans le cas de torsion du pédicule d'un kyste, sera nulle à moins de complications (suppuration), par une palpation bi-manuelle attentive qui sera singulièrement facilitée par l'anesthésie.

Les mêmes considérations s'appliquent au cas de la torsion d'une trompe kystique.

Hématocèle. — Il est une autre affection à point de départ dans les annexes, qui, dans certains cas simule à s'y méprendre l'appendicite, c'est l'hématocèle rétro-utérine.

En effet, le début brusque, la douleur vive dans la

région de la fosse iliaque droite, une réaction péritonéale intense, et quelquefois aussi l'élévation thermique, tout cela n'est-il pas fait pour mettre la confusion dans l'esprit du clinicien et lui faire porter le diagnostic d'appendicite pelvienne suppurée.

L'interrogatoire et l'examen de la malade permettent cependant d'arriver habituellement au diagnostic.

Symptômes de grossesse plus ou moins accentués, troubles menstruels, aménorrhée ou métrorrhagies, tels sont les antécédents habituels de l'hématocèle.

L'abdomen est ballonné, douloureux sans foyer bien précis. Au toucher, on sentira une tumeur nettement rétro-utérine remplissant le cul-de-sac de Douglas. De plus, on aura les signes d'une hémorrhagie interne : pâleur des téguments, rapidité et petitesse du pouls, état général très grave qui va s'atténuant les jours suivants.

Dans l'appendicite, on aura les crises antérieures, le siège de la douleur, la tumeur de la fosse iliaque et non pas rétro-utérine, l'état général grave aussi dès le début, mais s'aggravant de jour en jour.

Ce sont là les principaux éléments qui permettent d'arriver au diagnostic ; cependant il est des cas où la difficulté est grande et la meilleure preuve que nous pouvons en donner est une observation qu'a publiée Routier dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* de novembre 1899. Il s'agissait d'une malade chez laquelle Dieulafoy porta le diagnostic d'appendicite. Routier crut à une hématocèle rétro-utérine et fit une incision vagi-

nale ; la malade s'améliora, mais un mois plus tard, une nouvelle collection rétro-utérine se forma. Routier fit de nouveau une incision vaginale ; il profita du sommeil chloroformique pour faire un examen complet, sentit alors une tuméfaction de la région iliaque, décida sur le champ une laparotomie. L'appendice était en réalité cause de tout le mal.

Les symptômes qui caractérisent l'hématocèle peuvent se retrouver dans l'hémorrhagie de l'ovaire scléro-kystique avec ictus abdominal ; les mêmes erreurs peuvent être commises. Il est inutile d'y insister davantage.

Ovarie des hystériques. — Il existe des malades atteints d'appendicite, chez lesquels tous les symptômes se réduisent à un signe unique : la douleur. La coexistence de ce symptôme isolé et d'accidents nerveux liés à l'hystérie peut prêter à la confusion chez la femme.

Cette douleur, appelée ovarie des hystériques, siège dans la fosse iliaque plus fréquemment à droite. Souvent, elle est très vive ; elle n'est pas très profonde ; elle est plutôt superficielle, analogue en cela, à la douleur de surface signalée par Dieulafoy dans l'appendicite vraie.

L'hystérie peut simuler non seulement la douleur, mais encore la réaction péritonéale appendiculaire par un péritonisme circonscrit ou généralisé ; c'est l'appendicite fantôme de Brissaud, ou la pseudo-appendicite hystérique de Talamon.

L'existence de crises d'hystérie antérieures, les stig-

mates de cette névrose, les variations brusques de la douleur et du péritonisme, l'intensité même de ces symptômes, peu en rapport avec les autres faits observés, mettent sur la voie du diagnostic.

Il faut savoir aussi que chez une hystérique les symptômes d'une appendicite légère sont exagérés quelquefois au point de faire croire à une perforation (appendicite avec péritonisme hystérique de Talamon). Cependant il faut se garder d'exagération et porter toujours un pronostic bénin pour des accidents appendiculaires graves chez une hystérique. Hayem (1) a rapporté le cas d'une malade névropathe, qui fut prise brusquement d'accidents douloureux très graves. L'opération fut faite, et on trouva un appendice volumineux, adhérent, rempli de liquide hématique.

Rein mobile. — Le rein mobile droit peut simuler dans certains cas chez la femme, une attaque d'appendicite. Plusieurs symptômes de la première affection peuvent rappeler ceux de la crise appendiculaire : la douleur, qui parfois se transforme en véritables crises avec vomissements, lipothymie, facies grippé; ce syndrome a été appelé étranglement rénal. Si, en même temps, le rein déplacé est tombé dans la fosse iliaque droite, on trouvera une tumeur que l'on peut rapporter à l'appendice; si de plus le déplacement s'accompagne d'hydronéphrose par coudure de l'uretère, la tumeur devient rénitente au pal-

(1) HAYEM. — *Soc. méd des Hôp.*, 26 mars 1897.

per et même fluctuante et on peut croire à une appendicite avec foyer purulent circonscrit. Enfin dans les deux cas les troubles digestifs se ressemblent, dyspepsie et constipation.

Les signes qui distinguent ces deux affections sont cependant assez nombreux. Dans le rein mobile, le début est lent et les crises d'étranglement rénal ne commencent que longtemps après, parfois cependant les malades indiquent clairement que le début a été brusque. A la palpation, on sent une tumeur, dont le caractère le plus important, au point de vue diagnostique, est sa réductibilité dans la fosse lombaire, malheureusement ce caractère peut faire défaut. Dans le cas d'hydronéphrose, la diminution brusque de la tumeur coïncidant avec une évacuation abondante d'urine mettra sur la voie du diagnostic.

Le siège de la douleur au point de Mac-Burney, l'hyperesthésie cutanée, une fièvre élevée, appartiennent au contraire à l'appendicite.

Lithiase intestinale. — Dans cette affection, les douleurs peuvent être tellement vives, qu'en raison de leur intensité et quelquefois de leur soudaineté, on peut tout d'abord songer à l'appendicite. Parfois aussi la douleur de la colique lithiasique a son maximum du côté de la fosse iliaque. Il existe en même temps des vomissements muqueux et bilieux. Pendant ces crises l'abdomen est ballonné, sensible à la pression. L'empâtement causé par la

stase sableuse siège le plus fréquemment au cæcum, d'où nouvelle cause d'erreur.

Ces symptômes ressemblent à ceux de l'appendicite, cependant en les analysant sérieusement, on trouvera des différences suffisantes pour reconnaître la maladie qui en est cause.

Dans la lithiase intestinale, la douleur siège bien quelquefois dans la fosse iliaque, mais en y regardant de près, elle n'est pas localisée au point de Mac-Burney. La défense musculaire et l'hyperesthésie concomitante sont, dans l'appendicite, localisées du côté droit : dans la lithiase, elles s'étendent plutôt à tout l'abdomen.

Le tympanisme abdominal est bien plus précoce, bien plus généralisé au moment d'une crise de colique lithiasique qu'au début d'une attaque d'appendicite. De plus, la lithiase intestinale survient ordinairement dans le cours de l'entérite muco-membraneuse, mais ce n'est pas un signe distinctif bien précis, puisque pour beaucoup d'auteurs, cette entérite favorise aussi l'infection appendiculaire. Enfin l'examen des selles du malade montrera du sable et des calculs noirâtres.

Il est nécessaire, on le saisit facilement, de ne pas confondre ces deux affections, car pronostic et traitement diffèrent essentiellement.

Perforation de l'ulcère de l'estomac et du duodénum.

— Dans le cas où le malade se présente peu après la perforation de l'ulcère et où les signes de cet accident s'of-

frent avec leurs caractères habituels, le diagnostic est facilement porté. Mais il est des faits particuliers où l'erreur est possible.

Dans la perforation gastrique ou duodénale, la douleur est atroce ; celle de l'appendicite éclate moins bruyamment, cependant le début peut être quelquefois subit, « en coup de pistolet » (Roux, de Lausanne). Dans l'appendicite, le siège ordinaire de la douleur est rapporté à la fosse iliaque au point de Mac-Burney ; mais si l'appendice est en position anormale, le foyer de la douleur peut varier et même débiter par la région ombilicale, rappelant alors, par son siège, la douleur de la perforation de l'ulcère du duodénum

Une autre erreur, facile à faire, consiste à ne tenir compte que de la localisation actuelle de la douleur ; or, il peut arriver, dans la perforation de l'ulcère qu'à un moment donné le point le plus douloureux soit dans la partie inférieure de l'abdomen, là où un foyer de péritonite s'est allumé secondairement. Si l'histoire clinique de la malade a été suivie attentivement, la confusion sera facilement évitée ; mais quand la malade est dans le collapsus et qu'on ne peut obtenir de renseignements sur le début des accidents, la méprise est possible.

L'absence de matité hépatique est un bon signe de perforation gastro-intestinale. Mais si la réaction péritonéale est accompagnée d'un tympanisme considérable, ce symptôme est difficile à mettre en évidence.

La matité de la région de la fosse iliaque droite, la

résistance musculaire et la douleur de cette région indiquent une péritonite locale probablement appendiculaire.

De tous ces signes, le plus caractéristique est la douleur du début, dont la localisation doit être faite avec une entière précision.

CHAPITRE VI

Observations

I. — APPENDICITE ET GROSSESSE

OBSERVATIONS I

Appendicite à répétition. — Opération à la dixième semaine de la grossesse. — Guérison. — Pas d'avortement.

(LE GENDRE. *Soc. Méd. des hôpitaux*, 26 mars 1897.)

Une jeune femme avait eu depuis six ou sept ans des accès de douleurs abdominales, sur la nature desquelles plusieurs médecins qui l'avaient soignée avant moi n'étaient pas d'accord.

Il s'agissait de douleurs à début brusque, localisées au niveau de la fosse iliaque droite, durant quelques heures, un, deux ou trois jours, accompagnées parfois de vomissements abondants.

La première s'était montrée à l'issue d'une attaque d'influenza.

Depuis lors, il y en avait environ deux par an ; quelques-unes, ayant suivi des recrudescences d'une constipation habituelle, avaient été attribuées à l'engouement cæcal ; d'autres, s'étant montrées au moment d'une époque menstruelle, avaient paru imputables à la congestion de l'ovaire droit.

Quand j'eus assisté à une des crises, je ne conservai pas le moindre doute sur leur siège véritable ; le point de Mac-Burney était de la plus grande netteté. Les garde-robes contenaient des amas de mucus concret, qui me firent admettre une entéro-colite légère, dont les recrudescences provoquaient périodiquement des poussées réactionnelles de l'appendice. Un régime alimentaire bien réglé, des irrigations intestinales méthodiques semblèrent suivis d'une guérison et la jeune fille se maria parfaitement bien portante.

Mais les voyages, les diners en ville fréquents et les bals, amenèrent avec la fatigue physique l'oubli de l'hygiène alimentaire et intestinale. Au cinquième mois d'une première grossesse, éclata une forte crise nettement appendiculaire qui ne laissa pas de m'inquiéter ; je me demandai quelle conduite il y aurait lieu de tenir si la crise ne se résolvait pas comme les précédentes, par le repos, la diète et l'opium ; la résolution se fit, mais plus lentement qu'à l'ordinaire ; la crise dura cinq ou six jours au lieu de trois.

Huit jours avant l'accouchement, nouvelle crise qui fit croire d'abord au confrère appelé, le docteur Margery (de Sannois), qu'il s'agissait d'un début de travail.

L'enfant, qui vint au monde bien constitué, dans le milieu de l'été dernier, succomba au bout de quelques jours à des accidents infectieux de cause mal déterminée, m'a dit M. Bar, qui avoit assisté cette dame.

A partir de septembre jusqu'en décembre, trois petites crises eurent encore lieu, de plus en plus rapprochées.

Je ne fus appelé pour aucune d'elles, la malade ayant pris l'habitude d'appliquer elle-même la thérapeutique qui lui avait toujours si bien réussi.

C'est après la troisième que mon avis fut redemandé.

Je soumis nettement au mari et à la mère la proposition de résection de l'appendice à froid, à laquelle j'avais fait allusion timidement, à vrai dire, même avant le mariage, mais naturellement sans trouver d'écho. Je fis valoir l'avantage qu'il y aurait à débarrasser la jeune femme avant qu'une nouvelle grossesse survînt. La famille désira connaître à ce sujet l'opinion de M. Lancereaux, et une consultation eut lieu entre lui, le docteur Margery et moi.

Notre éminent collègue jugea qu'il n'y avait pas urgence à prendre cette décision, qu'avec une hygiène rigoureuse on empêcherait peut-être une nouvelle rechute, mais que, s'il y en avait une cependant, il y aurait lieu de faire intervenir le chirurgien. Plusieurs semaines d'irrigations intestinales, d'alimentation surveillée, parurent en effet réussir ; et un commencement de grossesse se manifesta.

Une époque menstruelle avait fait défaut lorsqu'une crise éclata. La seule cause qui ait pu être incriminée fut l'ingestion dans un diner en ville d'un mets fermentescible (chevreuil mariné avec sauce poivrade) ; mais c'est aussi l'époque à laquelle un nombre insolite d'appendicites était constaté dans Paris, puisque notre collègue Merklen signalait une « épidémie » d'appendicites et proposait la mise à l'ordre du jour de la question.

Quelle que soit la cause (entérite de cause alimentaire ou virulence saisonnière du colibacille), cette dame fut prise un soir de douleurs violentes débutant dans la fosse iliaque droite, avec vomissement. Peu après, la douleur envahit les régions hypogastrique, ombilicale et épigastrique, avec des caractères que la malade déclarait différents de ceux qu'elle avait dans les crises précédentes par son intensité, sa diffusion, une sensation de déchirure interne, le ballonnement du ventre, la dyspnée.

M. Lancereaux et M. Walther, qui arrivèrent peu de temps après le début, jugèrent que l'appendicite s'accompagnait cette fois d'une réaction péritonéale très intense. La glace fut appliquée en permanence ; ils prescrivirent la diète absolue et de très petits lavements laudanisés.

Le lendemain la douleur spontanée était faible, mais la douleur provoquée nettement appendiculaire ; le surlendemain on percevait un petit noyau d'induration, juste au niveau de la base de l'appendice et nous assistions à la formation graduelle du plastron exsudatif au-devant du cæcum.

Nous convînmes, avec M. Walther, de laisser cette poussée inflammatoire se résoudre, afin de réséquer l'appendice à froid, si la formation d'un abcès n'obligeait pas à intervenir d'urgence. La

glace fut maintenue en permanence. Nous ne permîmes comme aliments que de très faibles quantités de lait, de grog, de bouillon, et un peu plus tard de jaune d'œuf délayé ; un lavement était donné quotidiennement avec la plus grande douceur.

Nous avions la satisfaction de constater, les jours suivants, la tendance du plastron précæcal à diminuer et à s'assouplir, avec des températures axillaires de 37°2 à 37°8 au plus (cette dame a ordinairement une température de 36°5), lorsque, deux jours avant la date où d'ordinaire se montraient les règles, la situation se modifia : l'empatement autour du cæcum se mit à augmenter de nouveau, à s'élever vers l'angle du côlon, à s'étendre en largeur, redevenant plus douloureux ; le facies se grippait, la température monta un soir à 38°. M. Walther exprima la crainte qu'une collection purulente ne menaçât de s'ouvrir du côté de la cavité péritonéale et se tint prêt à faire une intervention d'urgence.

Nous demandâmes à M. Jalaguier son impression, et, tout en approuvant ces préparatifs, il émit l'opinion que le molimen menstruel, quoique entravé par la grossesse, avait pu provoquer une poussée congestive autour du foyer d'appendicite ; si cette hypothèse était juste, la régression ne tarderait pas à se faire.

C'est, en effet, ce qui se passa. Le lendemain, la masse pérityphlique cessait de s'accroître, puis diminuait et redevenait indolore, si bien qu'au bout de quinze jours la tumeur se trouvait réduite à un noyau allongé autour de l'appendice ; la palpation permettait de constater que cet organe était relevé le long du cæcum et on sentait même au niveau de son point d'insertion un corps arrondi comme un ganglion.

La résection fut décidée huit jours avant la prochaine époque menstruelle. M. Bar s'assura que l'utérus en rétroflexion avait bien la dimension d'une grossesse de dix semaines environ et approuva l'intervention. Nous n'étions pas naturellement sans craindre un avortement. Mais les choses se passèrent le mieux du monde.

L'appendice noueux et recroquevillé, relevé en point d'interrogation, perforé à sa base, fut réséqué ; on enleva en même temps

la petite gangue d'exsudat inflammatoire avec le ganglion qui avait été diagnostiqué au palper.

Un drain de gaze iodoformée, suivant le procédé de Mickulicz et un tube furent laissés ; la malade resta à la diète complète, avec des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Les suites opératoires furent parfaites ; aucune réaction de l'utérus ne s'est manifestée depuis quatre mois que l'opération a été faite et la grossesse continue son cours.

OBSERVATION II

Trois crises appendiculaires coïncidant avec trois grossesses.

— *Opération. — Guérison sans avortement.*

(TUFFIER. — *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*, 1897, p. 206).

M^{me} X..., 34 ans, est d'une constitution vigoureuse et n'a jamais eu aucun trouble intestinal ou gastrique, sauf une constipation assez pénible.

Il y a huit ans, elle eut au cours de sa première grossesse, vers la fin du huitième mois, des accidents très graves du côté de la fosse iliaque droite. On pensa d'abord à une fièvre typhoïde et l'intensité des symptômes fut accusée par une température oscillant entre 38° et 40° pendant quinze jours, dont les huit derniers furent marqués par un délire continu.

Le tout disparut brusquement par l'ouverture d'un abcès dans le cæcum et l'expulsion par l'anus d'une quantité énorme de pus fétide. La grossesse n'en continua pas moins et la malade sortit saine et sauve de ces accidents.

Un an après, nouvelle grossesse, nouvelles douleurs dans la fosse iliaque droite avec poussées intermittentes fébriles et vomissements qui nécessitèrent le séjour au lit pendant toute sa durée.

L'accouchement eut lieu à terme et depuis cette époque, cette femme ne ressentit que des douleurs vagues dans la fosse iliaque.

Troisième grossesse, il y a quatre mois, c'est-à-dire sept ans après la première ; nouvelles douleurs dans le flanc droit dès le

second mois, ces douleurs s'accompagnent d'un gonflement dans la région ; la malade reste alitée et je suis appelé par le Dr Selle, pour l'examiner.

Je porte le diagnostic d'appendicite, et l'absence de fièvre, le gonflement bien limité et circonscrit, me font penser à une appendicite sans suppuration.

Glace, opium, immobilité absolue. Les douleurs continuent à s'aggraver et après un mois d'hésitation que nous imposait l'état de grossesse, le gonflement ayant persisté et l'état douloureux devenant plus intense, je consentis à intervenir.

Le 30 janvier 1897, à la maison de santé de la rue Bizet, avec le concours de M. le Dr Selle et de M. Bresset, je pratique l'incision classique et je trouve d'abord dans la fosse iliaque une tumeur kystique de l'ovaire droit, du volume d'une orange, j'en pratique l'extirpation, puis au milieu des adhérences épiploïques j'isole le cœcum, et à sa partie postérieure je trouve l'appendice fibreux, long de 7 à 8 centimètres, intimement soudé à la face postérieure du cœcum : je l'isole péniblement, et arrivé à son extrémité libre, j'es suis obligé de disséquer l'appendice des parois cœcales, épaissies et fibreuses. Résection au thermo-cautère et suture.

L'appendice avait conservé sa lumière ; mais il était fibreux, son canal étroit, et à son extrémité aveugle il contenait un gros calcul pierreux, d'origine stercorale.

La guérison opératoire se fit sans incident. J'ai revu la malade le 7 avril ; elle se porte à merveille, elle ne souffre pas et sa grossesse continue sans encombre.

Accouchée, enfant vivant.

OBSERVATION III.

Appendicite avec péritonite généralisée au sixième mois de la grossesse. — Opération. — Avortement. — Mort de la mère.

(PINARD. *Académie de Médecine*, 22 mars 1898.)

Le 15 décembre 1897, une jeune femme de vingt-cinq ans, enceinte pour la première fois, de six mois environ — dernières

règles le 28 juin — n'ayant aucun passé médical, se promenant dans Paris avec son mari, éprouva brusquement une douleur d'abord très vive au niveau de la région épigastrique, puis s'irradiant bientôt dans toute la région abdominale avec prédominance dans la fosse iliaque droite et la région lombaire. Rentrée avec peine chez elle, les vomissements ne tardèrent pas à se montrer, alimentaires d'abord, puis bilieux et porracés le lendemain. Un médecin fut appelé, qui conseilla des injections chaudes, des cataplasmes et des lavements laudanisés. Le ventre se ballonna et la constipation qui n'existait pas avant, se montra opiniâtre, malgré l'ingestion de purgatifs. Cet état dura, avec des alternatives de calme et d'excitation, jusqu'au 19 décembre, jour où la malade fut amenée à la clinique Baudelocque.

A son entrée, mon chef de clinique, le Dr Baudron, constate un ballonnement considérable du ventre avec circulation collatérale très apparente du côté de la paroi au niveau de la région iliaque droite. A la palpation, le ventre est douloureux dans toute la région épigastrique, surtout à droite. Point de Mac-Burney très net. Le palper permet de délimiter une tumeur dont la limite supérieure effleure l'ombilic; cette tumeur se contracte sous la main : c'est l'utérus. Les anses intestinales distendues, refoulées dans la partie supérieure de la cavité abdominale, donnent à la percussion une sonorité considérable. Le toucher démontre la présence d'un col ramolli, un peu effacé : au centre de l'excavation, et dans le cul-de-sac antérieur, on perçoit le battement vaginal. Rien d'anormal dans le cul-de-sac. L'auscultation fait percevoir nettement les pulsations du cœur fœtal. Le pouls maternel était à 120 et la température à 37°2. Le soir, la température s'éleva seulement à 37°8. Traitement : injections sous-cutanées de morphine. Glace intus et extra. Je vis le lendemain matin la malade, sa situation n'avait pas changé. Le pouls était à 120, la température à 37°; mais le facies était grippé et le ballonnement du ventre extrêmement accusé. Je portai le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée et je pensai qu'un seul traitement pouvait offrir une chance de guérison : l'intervention chirurgicale.

Toutes les dispositions furent prises pour cela et, à trois heures du soir, la température étant toujours à 37° et le pouls à 120, et la malade ayant été soumise à l'anesthésie chloroformique, mon collègue Segond pratiqua une incision de 6 centimètres, parallèle à l'arcade de Fallope, au niveau de la région cœcale. A l'ouverture du péritoine, il s'écoula un flot de pus extrêmement fétide, au milieu duquel nageaient l'ovaire et la trompe très congestionnés. Les doigts introduits à travers l'incision plongent dans un vaste foyer rétro-cœcal et reconnaissent que le pus, libre dans la cavité péritonéale, contourne l'utérus repoussé en avant et existe en abondance dans la fosse iliaque gauche. M. Segond pratique à gauche une incision analogue à l'incision droite. Il s'écoule encore une notable quantité de liquide séro-purulent odorant, mais moins fétide que le pus qui remplissait la fosse iliaque droite. Les annexes gauches nagent dans ce liquide et apparaissent entre les lèvres de l'incision. On place de chaque côté deux drains en canon de fusil, dont les extrémités profondes se réunissent dans le cul-de-sac de Douglas, et par ces drains, on fait passer de l'eau bouillie jusqu'au moment où cette eau revient absolument claire. Pansement à la gaze stérilisée à plat. Durée de l'intervention, vingt minutes.

Dans la soirée apparition de contractions utérines douloureuses. Température, 38°2 ; pouls, 150. Expulsion du fœtus le 21, à 4 h. 30 du matin. Délivrance naturelle. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie et les vomissements n'ont pas reparu après l'opération, mais le pouls devient de plus en plus fréquent et petit, et malgré les injections d'éther et de caféine, la malade mourut à 1 h. 45 du soir.

Autopsie. — (Pratiquée en ma présence, par M. le docteur Wallich, mon chef de laboratoire.) L'autopsie complète n'a pu être faite, mais on a pu examiner l'abdomen en réunissant les deux incisions de la laparotomie. On constate des adhérences nombreuses entre l'utérus et l'intestin ; l'intestin est, pour ainsi dire, maçonné dans des adhérences ; l'appendice iléo-cœcal est adhérent, accolé au cœcum. Cet appendice mesure sept centimètres ; il présente deux perforations : l'une au voisinage de l'insertion du cœcum,

l'autre à trois centimètres au-dessous. L'autopsie de l'enfant n'a pu être faite, mais le sang recueilli dans un des vaisseaux du cordon et ensemencé a fourni des cultures pures de colibacille.

OBSERVATION IV

*Appendicite au cours de la grossesse. — Opération. —
Guérison. — Accouchement prématuré.*

(RUDAUX. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*,
1900, p. 359).

Le 11 juin 1899, se présentait à la consultation de la Maternité de Beaujon, une femme âgée de 29 ans, enceinte pour la sixième fois et ayant eu cinq grossesses normales, terminées par des accouchements spontanés et à terme ; enfants élevés au sein par leur mère et tous bien portants.

Elle vient consulter, parce que la veille, à 5 heures du soir, elle a été prise brusquement de douleurs violentes dans l'abdomen, douleurs qui ont été suivies, vers 11 heures du soir, de vomissements alimentaires et bilieux. Enceinte de six mois, elle croit, dit-elle, « qu'elle va faire une fausse couche », et c'est pour cette raison qu'elle s'est rendue directement à la Maternité.

Examen. — Utérus non douloureux à la pression ; mais le palper dénote une douleur et une défense musculaire très-vives au niveau de la fosse iliaque droite.

Le toucher vaginal réveille une douleur assez vive au niveau du cul-de-sac latéral droit et dans la portion droite du cul-de-sac postérieur. Langue humide et légèrement blanchâtre. Pouls normal, température 37°. Mais dans la nuit qui suit son entrée, on voit survenir de la diarrhée, des vomissements, des frissons, en même temps que la température s'élève à 38°7.

Le lendemain matin 12 juin, la température redescend à la normale, les phénomènes locaux sont les mêmes ; une vessie de glace est appliquée au niveau de la fosse iliaque droite et le régime lacté

est seul autorisé. Dans la journée, les vomissements et la diarrhée ne se reproduisent pas ; mais les douleurs persistent, sont plus intenses et la température s'élève à 38°4.

Le 13 au matin, la température est redescendue à 37°2 et le soir elle ne dépasse pas 38°.

Malgré la descente progressive de la température, 38°7, 38°4, 38° ; malgré un pouls bien frappé, toujours en rapport avec la température, et malgré le bon état général apparent (langue humide, peau souple, facies coloré), on maintient le diagnostic d'appendicite porté le premier jour.

Le docteur Bazy est appelé et quoique ne trouvant que les seuls symptômes : douleur localisée et défense musculaire au niveau de la fosse iliaque droite, il décide l'opération le jour même.

Opération. — L'abdomen ouvert, il s'en échappe une sérosité louche. Les parois cœcales sont recouvertes de fausses membranes d'apparence purulente, de véritables « couennes ».

L'appendice, situé très profondément, adhère fortement aux parties voisines et ce n'est qu'après la section de son méso que l'on peut le mobiliser.

Attiré à la surface, on le voit apparaître avec une longueur de 10 centimètres, un diamètre de 2 centimètres et une coloration uniforme, jaune verdâtre. Il paraît gangrené dans sa totalité et sa friabilité est telle qu'il se déchire sous la simple pression du fil de soie destiné à le lier. Résection, etc.

Le 20, expulsion d'un fœtus vivant, qui mourut le lendemain.

Le 2 août, cette femme quitta le service en parfaite santé.

OBSERVATION V

Appendicite survenue au sixième et au huitième mois de la grossesse chez une primipare. — Guérison par résolution. — Enfant vivant.

(Communiquée par le docteur VERSTRAETE.)

Clémentine C..., 24 ans, surveillante d'école, entre le 9 avril 1898, dans le service de M. le docteur Desplats. Cette jeune femme enceinte

de huit mois (première grossesse) entre avec le diagnostic d'appendicite.

Antécédents morbides héréditaires, nuls; personnels, assez chargés : fièvre typhoïde à l'âge de 17 ans; en novembre 1897, pleurésie gauche qui la tient couchée seulement pendant treize jours; en janvier 1898, première poussée appendiculaire caractérisée par une douleur persistante de la fosse iliaque, douleur s'irradiant vers les lombes. Fièvre pendant plusieurs jours le soir. La douleur a persisté pendant tout le mois de février, probablement exagérée par l'état nerveux de la malade, avec paroxysmes ayant plusieurs fois amené une crise d'hystérie.

Pendant le mois de mars, santé générale assez bonne, les douleurs de la fosse iliaque droite sont disparues. Le 5 avril, elle est prise subitement, dans le courant de la journée et sans cause connue, d'une douleur nettement localisée dans la fosse iliaque droite qui la force à s'aliter. Nausées, puis vomissements alimentaires, puis bilieux, verdâtres, pendant trois jours; constipation absolue. Fièvre continue. Pas de céphalée.

Au moment de l'entrée (9 avril) facies légèrement péritonéal. Pouls à 132. 39°1 le soir, langue suburrale. Constipation, quelques vomissements. La douleur n'est pas localisée au point de MacBurney, mais elle est plus en arrière vers la région lombaire. A la palpation, rendue difficile par la défense musculaire, on ne perçoit dans la fosse iliaque aucun empâtement, aucun plastron. Il n'y a rien de spécial concernant la grossesse. Enfant vivant. A l'examen du thorax on perçoit des signes nets de tuberculose pulmonaire au deuxième degré, au sommet droit sous la clavicule. La femme est d'ailleurs peu vigoureuse et a toussé un peu au début du mois de janvier. Expectoration légère, banale.

Diagnostic. — Appendicite probablement rétro-cœcale.

Traitement. — Purgatifs doux. cataplasmes *loco dolenti*, piqûre de morphine.

Les jours suivants jusqu'au 15 avril, fièvre le soir, au voisinage de 39°, apyrexie complète le matin. Des selles sont obtenues. Les

phénomènes subjectifs s'atténuent, à la palpation de la fosse iliaque, on ne perçoit pas de tumeur ni d'empâtement.

15 avril. — Apyrexie complète, pouls vers 90, facies bien meilleur. Il reste encore un peu de sensibilité dans la fosse iliaque droite.

26 avril. — Nouvelle ascension thermique; facies légèrement péritonéal. La région lombaire redevient douloureuse. Pouls : 120-130.

Nervosisme extrême. Boule hystérique.

Morphine en injections sous-cutanées.

Les jours suivants statu quo, fièvre irrégulière et légère (38°).

5 mai. — Dans la nuit, douleurs utérines. Le travail commençant, la malade est envoyée à la maternité de l'hôpital. La dilatation se fait très lentement; le matin à 9 heures, on place un ballon de Champetier de Ribes; lorsque la dilatation est suffisante, on fait une application de forceps. Pas de difficulté. L'enfant, du sexe féminin, est vivante et pèse 3,000 grammes; elle est bien constituée.

Délivrance naturelle, il reste une partie des membranes. Petite déchirure du périnée qui est réparée par deux points de suture.

Avant l'accouchement la température : 38°2, après 39°4.

Le ventre est sensible et un peu ballonné.

Pouls très rapide. Facies vultueux. L'état général paraît mauvais.

7 mai. — Situation toujours très grave : fièvre et délire. Pouls très rapide. Cet état persiste deux jours, puis il y a amendement définitif.

14 mai. — La malade revient dans le service de médecine; son état général est bon; la région appendiculaire n'est plus sensible. Elle quitte l'hôpital à la fin du mois. L'enfant élevée au biberon se porte bien.

OBSERVATION VI (résumée).

Appendicite pendant les suites de couches (vingt-sept jours après l'accouchement). — Résection de l'appendice. — Guérison.

(FIEUX. *Revue mensuelle de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux*, 1899, page 263.)

Clarisse J..., couturière, est apportée, le 17 mars 1899, au service d'isolement de la Maternité. Les antécédents héréditaires sont nuls. Tempérament nerveux et impressionnable. Constipation rebelle.

Les dernières règles se montrent du 12 au 15 juin. Au deuxième mois de la grossesse, elle est prise brusquement d'hémiparésie gauche qui dure six jours. La constipation est toujours opiniâtre.

Le 11 février, accouchement spontané à huit mois environ, d'un enfant vivant envoyé en nourrice. Suites de couches physiologiques.

Clarisse J... rentre chez elle, reprend son travail sans la moindre fatigue, tourmentée seulement par la constipation persistante.

Le 10 mars, c'est-à-dire 27 jours après l'accouchement, survient brusquement une douleur aiguë, mais cependant pas très vive dans le côté droit du bas-ventre : cette douleur constante s'exagère le 11 et le 12, et la moindre pression sur le côté droit du bas-ventre est particulièrement pénible. Les douleurs vont en s'exaspérant les jours suivants avec nausées fréquentes, sans vomissements. Constipation invincible.

Le 17, la malade est portée à l'isolement de la Maternité avec le diagnostic de métrite puerpérale. Le pouls est à 88 ; la température à 37°4. Douleur du côté droit dont le maximum est entre l'ombilic et l'épine iliaque. Défense musculaire. Un peu de gonflement dans la fosse iliaque droite, léger météorisme à la percussion. Au

toucher, l'utérus est gros, mais mobile et non douloureux ; rien dans les culs-de-sac.

Le 18, le pouls est à 90 ; la température à 37°8. Le diagnostic étant hésitant, on pratique l'examen sous le chloroforme. On s'assure que les annexes droites sont hors de cause, et on perçoit un petit tractus partant du point de Mac-Burney et filant vers le petit bassin.

Diète et glace sur le ventre.

Le 19, pouls à 98, thermomètre à 38°. A 2 heures, on pratique la laparotomie latérale. On sent au niveau de l'appendice une bride tendue, qui cède à la main. On constate sur l'appendice un petit anneau un peu pâle où la paroi est légèrement amincie. C'est sans doute le point correspondant à la bride perçue tout à l'heure.

Résection de l'appendice.

Les suites sont aussi simples que possible ; le seizième jour, la malade se lève.

A l'examen microscopique, l'organe enlevé montre les lésions typiques de l'appendicite catarrhale hyperhémique, en train d'aboutir à la forme aiguë nécrosante, décrite par Letulle et Weinberg.

II. — APPENDICITE ET ANNEXITE.

OBSERVATION VII

Appendicite suppurée et annexite droite. — Résection de l'appendice et des annexes droites. — Guérison.

(BOUILLY. *Sem. Gynécologique*, 1897.)

Une femme de 28 ans, présente les antécédents suivants : première poussée inflammatoire, il y a un an, sur les annexes droites avec tuméfaction dans le cul-de-sac droit, perceptible au toucher et disparaissant au bout d'un temps variable ; ces poussées assez espacées d'abord, se sont rapprochées, et ont tendance à se renouveler

à chaque époque menstruelle en revenant en même temps moins violentes et plus courtes. A chaque toucher, pratiqué à des intervalles de quinze jours à un mois, il a été constaté des changements dans l'état des culs-de-sac, le volume et la situation de l'utérus.

Lors de son arrivée, on constate au toucher et au palper combinés une masse volumineuse rénitente remplissant le cul-de-sac postéro-latéral droit, se prolongeant en haut vers le fond de l'utérus et débordant la ligne médiane, d'environ trois travers de doigt.

La matrice est immobilisée et douloureuse, les annexes gauches étaient inaccessibles et ne paraissaient pas augmentées de volume.

On note l'absence de troubles intestinaux.

Le diagnostic posé fut pyo-salpinx droit et l'intervention conseillée, laparotomie.

Celle-ci conduit sur une masse indurée, située au-dessous et à droite du fond de l'utérus, formée par des adhérences intestinales et épiploïques anciennes et solides dont la rupture ouvre un foyer purulent du volume d'un œuf, dans lequel baigne l'appendice dilaté et perforé à son extrémité terminale. Cet organe est raccourci, comme invaginé sur lui-même, particulièrement malade à son extrémité. Il est réséqué à sa base. Du côté des annexes droites, on trouve un ovaire kystique, de la grosseur d'une mandarine, très adhérent au ligament large et en rapport par sa partie supérieure avec le paquet d'adhérences intestinales et épiploïques qui l'entourent.

La trompe droite est volumineuse, atteinte de salpingite catarrho-interstitielle, l'orifice du pavillon est fermé. Les annexes gauches paraissent saines et sont laissées en place.

La malade guérit de cette double intervention.

OBSERVATION VIII

Pyo-salpingite bilatérale et appendicite suppurée. — Laparotomie. — Castration double. — Résection de l'appendice. — Guérison.

(DÉLAGÉNIÈRE, du Mans, *Archiv. Médic.*, Angers, 20 mars 1897.)

Il s'agit d'une malade, âgée de 23 ans, dont la sœur est morte de tuberculose pulmonaire ; réglée à 11 ans, sa menstruation a toujours été régulière. Elle eut une fausse couche il y a trois ans, et un enfant il y a 19 mois. Depuis ses couches, le ventre est resté douloureux au moment des règles, et aussi entre les règles ; la marche était très pénible. A deux ou trois reprises, la malade ressentit des douleurs vives dans le côté droit du ventre ; elle confondait ces douleurs avec les douleurs du bas-ventre ; la constipation était habituelle. Le 12 juin, elle est prise subitement d'une douleur atroce dans le côté droit avec ballonnement et vomissements. Le 17 juin, on constate chez la malade la présence de salpingite avec adhérences pelviennes et foyer collecté à droite.

Diagnostic. — Appendicite et annexite double.

Laparotomie (6 juillet). — Après incision sous-ombilicale de 8 centimètres environ, on tombe sur l'épiploon qui adhère à la paroi et au péritoine de la fosse iliaque droite. L'utérus et les annexes sont recouverts par des anses intestinales agglutinées. Ces anses sont décollées de leurs adhérences, puis refoulées vers le diaphragme. Les annexes gauches sont isolées et excisées (pyo-salpinx). L'utérus est isolé en arrière. Les annexes droites sont recherchées dans un magma d'adhérences où se porte l'épiploon. L'épiploon est sectionné et lié. Les annexes droites, qui sont suppurées, sont réséquées.

Revenant ensuite vers la partie inférieure de la fosse iliaque droite, on isole avec soin une anse d'intestin grêle comprise dans les adhérences. Au-dessous de cette anse existe un foyer suppuré.

au centre duquel on reconnaît l'appendice. Cet appendice est perforé à son extrémité, on le résèque sur deux rangs de suture.

Le bassin est nettoyé, le cul-de-sac de Douglas drainé, la paroi fermée.

Guérison sans incident.

OBSERVATION IX

Appendicite suppurée et perforée, compliquée d'une annexite secondaire. — Laparotomie. — Résection de l'appendice. — Castration unilatérale.

(QUÉNU. *Journal des Praticiens*, 9 avril 1898, p. 226.)

Mme V..., âgée de 25 ans, entre le 7 janvier à l'hôpital Cochin pour une appendicite chronique de nature suspecte : sa mère en effet est morte phthisique et un de ses frères a une tumeur blanche ; elle-même paraît assez chétive, mais ne tousse pas et n'a aucun passé thoracique.

A l'âge de 21 ans, attaque d'appendicite aiguë, soit il y a quatre ans ; il y a deux ans, nouvelle crise terminée par l'issue du pus dans les selles. En novembre dernier, violentes douleurs dans le côté droit du ventre, apaisées le 15 décembre par l'évacuation du pus par le rectum. Depuis, douleurs moins intenses, mais nécessitant un repos au lit.

Dans la région cœcale, on sent une induration profonde dont l'extrémité supérieure effleure la ligne ilio-ombilicale ; l'utérus est abaissé et très mobile, et le cul-de-sac latéral droit est rempli par une masse indurée, douloureuse, continue avec l'induration iliaque ; aucune grossesse ; ni fausse couche, menstruation régulière : quelques pertes en blanc la première année de son mariage, pour lesquelles on l'a soignée durant un mois, mais postérieurement à sa première crise d'appendicite.

L'évolution des accidents autorisait à penser que la masse pelvienne était secondaire et peut-être le résultat de l'appendicite. Les

constatations faites au cours de l'opération sont venues confirmer cette manière de voir.

Laparotomie médiane le 27 janvier 1898. Dans la fosse iliaque droite, on trouve un foyer auquel adhèrent des anses intestinales, l'épiploon et l'appendice ; une des anses d'intestin grêle est perforée, et nécessite une suture assez étendue ; l'appendice est perforé et cette perforation s'ouvre dans le foyer qui est déjà assez ancien. Après le détachement et la résection de l'épiploon, le détachement des anses adhérentes et la suture de l'anse ulcérée et perforée, on résèque l'appendice.

Dans le petit bassin, lésions de salpingite sèche double, plus prononcées à droite ; à gauche, ovaire scléro-kystique et quelques adhérences. Dans le cul-de-sac de Douglas, foyer ouvert dans le rectum ; nettoyage du foyer et suture de la perforation rectale, mais étant donnée la friabilité des parois rectales, n'étant pas sûr du plan de suture, on extirpe l'utérus par section médiane, afin de pouvoir appliquer contre la face antérieure du rectum un tamponnement de gaze iodoformée sortant par le vagin ; drainage hypogastrique et iliaque. Durée : 2 heures et demie.

Les jours qui suivent, suintement abondant par les drains (streptocoques dans la sérosité louche examinée chaque jour). Le 3 mars, la malade ne souffre que d'une eschare fessière en voie de guérison d'ailleurs.

OBSERVATION X

Annexite double. — Appendicite (adhérences à la pointe). — Laparotomie. — Ablation des deux annexes et de l'appendice. — Guérison.

(Communiquée par le docteur VERSTRAETE)

R.... Gabrielle, 27 ans, entre le 7 juin 1897 dans le service de M. le professeur Durét.

Passé génital. — Une grossesse normale il y a 5 ans, suites de couches ordinaires. Bien réglée et bien portante jusqu'au mois de

février 1897. A cette époque, elle commence à souffrir dans le bas-ventre des deux côtés d'abord, puis seulement à droite. Les règles sont devenues plus fréquentes, plus abondantes et de plus longue durée. Elles sont douloureuses et suivies de leucorrhée copieuse.

Troubles digestifs à peu près nuls.

Antécédents morbides personnels et héréditaires sans intérêt.

Exploration vaginale. — Au toucher vaginal combiné avec le palper abdominal on perçoit l'ovaire droit prolabé dans le cul-de-sac latéral droit, gros et douloureux. La trompe paraît plus volumineuse qu'à l'état normal.

Les annexes gauches ne sont pas senties.

En présence de la persistance des douleurs qui empêchent tout travail depuis quatre mois, on fait choix de la laparotomie pour extirper les annexes droites et conserver si possible les annexes gauches.

Opération le 16 juin. Incision sous-ombilicale de 6 centimètres.

Après ouverture du péritoine, on constate que l'ovaire droit est prolabé devant le ligament large correspondant, auquel il est fixé par des adhérences lamelleuses et rougeâtres assez résistantes. Il est attiré cependant au dehors sans trop de difficultés ; on remarque alors que la trompe droite, par son pavillon, est adhérente et soudée à l'appendice par une substance jaunâtre, d'aspect caséux, sur une étendue d'environ 4 cent. On sépare assez facilement les annexes droites qui sont enlevées après ligature. L'appendice examiné de plus près présente une longueur démesurée ; son extrémité libre est d'aspect caséux, jaunâtre, sur l'espace d'un centimètre comme s'il y avait une substance de cette nature infiltrée sous la séreuse. Les trois derniers centimètres de la portion cæcale sont indurés. On en fait la résection au ras du cæcum, et on ferme l'orifice par une double suture à la soie fine. A gauche les annexes présentent les mêmes lésions qu'à droite. L'ovaire est scléro-kystique ; il adhère ainsi que la trompe à la face postérieure du ligament large correspondant. On décolle ces deux organes, on les attire hors du ventre et on les enlève.

On taille ensuite une petite manchette péritonéale pour recouvrir la surface cruentée, on suture. On place un drain dans le pelvis et on ferme la paroi abdominale par les trois plans de sutures habituels.

L'appendice extirpé mesure 12 centimètres de long, son extrémité libre est engainée par le tissu blanc jaunâtre, d'apparence adipeuse, que nous avons déjà signalé. Il offre à l'ouverture un calibre à peu près régulier. Les parois sont légèrement épaissies. Il renferme des matières fécales et du mucus. Les plis de la muqueuse sont presque réguliers. En somme, les lésions sont peu accusées, sauf dans la portion terminale.

Les suites opératoires ne présentent rien de spécial. Réunion par première intention.

La malade quitte le service le 18 juillet.

III. — APPENDICITE OU ANNEXITE.

(Diagnostic erroné ou douteux).

OBSERVATION XI

Appendicile pelvienne. — Diagnostic en balance avec celui de salpingite.

(In Thèse CHEVALIER, p. 89.)

Léontine F..., 26 ans, entre le 9 mai 1900, salle Notre-Dame, dans le service de M. le professeur Duplay à l'Hôtel-Dieu. Antécédents héréditaires : frère tuberculeux. Antécédents personnels : bronchite à 5 ans et depuis tousses toujours à l'entrée de l'hiver ; a eu 2 enfants dont l'un est mort à 11 mois de méningite.

7 mai. A quatre heures du matin la malade a été prise subitement d'une violente douleur dans le côté droit, allant en augmentant progressivement.

8 mai. Deux vomissements abondants, verdâtres. Forte diarrhée depuis 8 jours.

9 mai. Entrée d'urgence à l'hôpital sur le conseil d'un médecin.

Examen. — Pas de point de Mac-Burney ; le ventre est douloureux dans la portion inférieure du côté droit. A la palpation le maximum de douleurs est à la partie inférieure de la fosse iliaque, s'enfonçant vers le petit bassin. La douleur est moins vive dans la région lombaire, on ne sent pas de boudin cœcal, mais il y a une certaine résistance de la paroi au niveau de la fosse iliaque droite.

Par le toucher vaginal, on ne trouve dans le cul-de-sac droit, ni collection, ni induration, mais on réveille une douleur très forte qui s'augmente et qui devient intolérable lorsque l'on combine le toucher vaginal et le toucher rectal du côté droit.

Vu l'intensité des phénomènes généraux : vomissements, élévation de température 38°8, on songe à une appendicite, mais à une appendicite pouvant être compliquée de salpingite.

Opération le 9 mai, 4 heures et demie du soir. — On ne trouve pas de liquide dans l'abdomen ; le cœcum et la partie inférieure de l'iléon sont un peu rouges, les anses intestinales ne sont pas dépolies.

L'appendice descend derrière le cœcum, sa pointe plonge légèrement dans le petit bassin, il n'est pas adhérent, et attiré au dehors on ne constate pas de fausses membranes, il est simplement œdémateux. Du côté correspondant, la trompe et l'ovaire sont sains. L'appendice est gros, d'une longueur de 9 à 10 centimètres ; à la coupe il ne contient pas de matières fécales liquides ; la muqueuse très épaissie présente quelques ecchymoses et une légère érosion.

Aujourd'hui 24 mai, la malade est en bonne voie de guérison.

OBSERVATION XII

Appendicite. — Diagnostic hésitant.

(BOUILLY. — *Bull. Soc. Chirurgie.* 1898, p. 337.)

Femme de trente ans, qui depuis une dernière fausse couche, datant de quatre ans, a dû subir un curettage et a toujours souffert

du ventre. Il y a douze jours, elle a été prise d'une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite, avec vomissements et léger ballonnement du ventre. Malgré des soins rationnels, la situation ne s'est pas améliorée. Au moment de l'entrée, on réveille à la palpation une douleur assez violente *au-dessous* de la ligne de Mac-Burney et on sent un empâtement profond semblant plonger dans le bassin vers le bord droit de l'utérus. Au toucher, les culs-de-sac sont souples et indolents ; il faut pousser le doigt très haut pour sentir de l'empâtement vers le fond de l'utérus à droite.

Les antécédents généraux de la malade, le siège de la douleur et de la tuméfaction sont en faveur d'une lésion annexielle droite avec pelvi-péritonite. Mais, à mon avis, les symptômes généraux sont encore trop graves, le ballonnement est trop marqué pour qu'il s'agisse d'une poussée annexielle arrivée au douzième jour ; j'incline bien davantage vers l'idée de l'appendicite, et la malade est opérée le lendemain de son entrée.

L'incision conduit sur un foyer profond, circonscrit par des anses intestinales, renfermant du pus et des gaz d'une horrible fétidité et un calcul stercoral d'un centimètre de long faisant hernie à travers une perforation de l'appendice gangrené. Celui-ci fut réséqué, le foyer désinfecté et drainé et la guérison s'ensuivit simple et rapide.

OBSERVATION XIII

Appendicite prise pour une annexite. — Laparatomie. — Résection de l'appendice. — Guérison.

(Communiquée par le Dr VERSTRAETE).

Th... Marie, 25 ans, ménagère, entre le 30 janvier 1900, dans le service de M. le professeur Duret, pour douleurs dans le bas-ventre.

Passé génital sans grand intérêt : les règles se sont établies tardivement, à l'âge de 18 ans ; depuis lors, elles sont de fréquence et d'abondance normales. Grossesse à terme à 23 ans, avec suites de couches sans incident.

Antécédents morbides nuls.

L'affection qui amène la malade a débuté il y a sept mois ; à cette époque, elle ressent assez brusquement une douleur vive, diffuse, dans tout l'abdomen, qui ne dure que deux ou trois jours. En même temps, on note quelques troubles digestifs, anorexie et constipation et un peu de fièvre. Un médecin consulté pense à la gastro-entérite. Il prescrit le repos et quelques médicaments appropriés. Quinze jours après le début des accidents, la malade fait une perte d'un mois et demi.

Depuis cette époque, les douleurs ont persisté, elles se sont localisées dans le bas-ventre, et particulièrement du côté droit. L'effort augmente beaucoup ces douleurs. Les règles sont devenues très douloureuses, sans être plus abondantes ; il existe de la leucorrhée, d'ailleurs ancienne.

Des alternatives de constipation et de diarrhée complètent le tableau des troubles observés. La miction est normale.

Examen. — Au palper abdominal, on constate du côté droit, au-dessus de l'arcade de Fallope, mais plongeant sous cette arcade, la présence d'une tumeur, allongée obliquement dans le sens du pli inguinal. Cette tumeur mesure 7 centimètres de long et 6 de haut ; elle est dure, paraît collée au petit bassin ; elle est irrégulièrement bosselée. Elle n'offre guère de sensibilité. Au toucher vaginal, le col, assez gros, est à peu près médian, mais reporté en arrière par une masse dure, du volume des deux poings, qui remplit tout le cul-de-sac antérieur, et tout le cul-de-sac latéral droit. Cette masse se continue directement avec la tumeur abdominale. Elle n'est que peu douloureuse. La sensation obtenue est celle de tumeur résistante et dure.

L'utérus est enclavé, immobilisé par la masse.

Dans le cul-de-sac gauche, on ne perçoit qu'un peu d'induration.

L'état général de la malade est bon. Il n'y a pas de fièvre.

Le diagnostic porté est péri-ovaro-salpingite droite. On décide d'employer la voie abdominale pour conserver les annexes gauches.

L'opération est faite par M. le professeur Duret, le 5 février.

Laparotomie sous-ombilicale. On tombe un peu en dehors d'un plastron qui occupe la portion inférieure de la fosse iliaque droite : ce plastron est constitué par deux anses d'intestin grêle et le grand épiploon accolés à la paroi abdominale.

On décolle prudemment les anses intestinales. On trouve ensuite et on écarte en haut le cœcum ; on résèque une lame épaisse d'épiploon enflammé sur une largeur de 3 à 4 centimètres. On aperçoit enfin le fond de l'utérus avec lequel ces différents organes avaient contracté des adhérences.

On pénètre dans la concavité sacrée, et on amène au jour avec peine l'ovaire droit, absolument sain, mais fortement fixé à la paroi pelvienne.

En essayant ensuite de décoller un magma enflammé qui occupe la profondeur de la concavité sacrée, on découvre un calcul fécal. Ce calcul, extirpé sans grand effort, offre la forme et le volume d'un gros haricot. Il occupait une cavité fongueuse de laquelle on ramène l'extrémité de l'appendice, qui, en somme, occupait le fond du cul-de-sac de Douglas. Cet appendice avait été amputé par l'inflammation. Mais il n'était pas gangrené, les adhérences ayant suffi à conserver sa vitalité.

La portion cœcale de l'appendice est recherchée et retrouvée. Elle paraît presque fibreuse, elle semble complètement fermée. On la résèque après ligature à la base.

On fait une antisepsie minutieuse de la concavité fongueuse qui logeait le diverticule intestinal ; on fait la toilette du pelvis. On bourre à la gaze iodoformée. On assure le drainage par deux tubes percés de nombreux orifices. L'un va directement à l'endroit où siégeait l'appendice ; l'autre est placé dans la partie gauche du cul-de-sac de Douglas, derrière les annexes de ce côté qui sont parfaitement saines et libres d'adhérences.

Le cœcum, l'intestin grêle et une portion d'épiploon restent soudés ensemble. On ferme la paroi abdominale par trois plans de suture.

En somme, l'opération a été très laborieuse. Mais le soin et la

sûreté avec lesquels elle a été conduite semblent devoir faire espérer une issue favorable.

Il en est d'ailleurs ainsi : la température ne dépasse pas 37°5 les jours qui suivent l'intervention. Cependant un peu de pus apparaît au fond de la plaie, lorsqu'on a retiré le drainage à la gaze ; le pus stagne, et, même par pression, on n'arrive pas à obtenir son expulsion. Aussi M. Duret se voit-il dans la nécessité d'établir un contre drainage vaginal.

Cette petite opération est faite au huitième jour, sans chloroforme. Le drainage est établi naturellement, par le cul-de-sac postérieur, et sans difficulté.

Dès lors, la guérison s'obtient rapidement. Au début du mois de mars, le drainage est supprimé et la malade quitte le service huit jours après.

OBSERVATION XIV

Annexite prise pour une appendicite.

(RICHELOT. In *thèse* de Leroy, Paris 1897, page 84.)

Je reçois à l'hôpital Tenon, une femme de 23 ans, ayant dans la fosse iliaque un foyer nettement inflammatoire, adhérent à la paroi, qu'on a dénommé « pérityphlite » et qu'il semble impossible de confondre avec une tuméfaction des annexes. Il est très haut situé, indépendant de l'utérus ; au toucher vaginal, le cul-de-sac est libre et il faut porter le doigt profondément pour arriver à sentir, ou plutôt à soupçonner la partie inférieure du foyer. Du côté gauche, il n'y a rien absolument, ni empâtement, ni douleur. Le diagnostic d'appendicite ne peut faire aucun doute ; il y a du pus et l'incision latérale est seule indiquée. J'incise la paroi abdominale, dont les couches profondes sont infiltrées, et je tombe, au milieu d'adhérences épipléiques, sur une surface qui me paraît appartenir au cœcum, et un cylindre contourné que je prends pour l'appendice ; mais, en disséquant, je m'aperçois que j'ai affaire à la trompe, dont la partie externe dilatée est remplie de pus et dont la moitié interne cylin-

drique me conduit sur la corne de l'utérus. Après avoir réséqué ce pyosalpinx, l'utérus mobile se laisse attirer vers la plaie et me montre les annexes gauches libres et saines. Tamponnement léger à la gaze, suture de la plaie, guérison. En somme, j'ai vu là une salpingite suppurée du côté droit, avec intégrité parfaite du côté gauche, ce qui se voit, mais n'est pas ordinaire, et la salpingite était haut située dans la fosse iliaque, au voisinage du flanc droit, tout entière au-dessus du détroit supérieur. Pouvais-je deviner la lésion annexielle? Sur quelle présomption me serais-je fondé pour ne pas tomber dans l'erreur?

OBSERVATION XV

Péritonite annexielle simulant une péritonite appendiculaire. — Résolution spontanée.

(Communiquée par le docteur VERSTRAETE). —

Marie C..., 17 ans, modiste, entre le 23 mai 1898 dans le service de M. le professeur Desplats.

N'a jamais été malade, mais a toujours été nerveuse, impressionnable, a même eu une crise nerveuse après une émotion vive, il y a deux ans.

Réglée à 12 ans, toujours irrégulièrement, perdait trois ou quatre fois du sang par mois. Dernière période menstruelle, dix jours avant l'entrée.

Dans l'intervalle des règles, leucorrhée.

Appétit généralement peu prononcé; constipation fréquente; n'a jamais toussé.

Antécédents héréditaires. — Père mort de cancer de l'estomac, il y a un an; mère morte d'affection cardiaque, était rhumatisante; ces morts ont vivement impressionné la jeune fille, qui depuis n'a jamais été bien portante. Elle a été prise, trois mois avant son entrée à l'hôpital, d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, surtout accusée au genou et au coude gauches, ayant persisté deux mois.

Elle était guérie depuis trois semaines, quand le 18 mai au soir, elle fut prise de douleurs violentes généralisées à tout l'abdomen. Cependant au début, la fosse iliaque droite est plus douloureuse.

Pas de vomissements. Constipation depuis cinq jours. Fièvre. Les mêmes symptômes persistent les jours suivants.

On prescrit de la quinine ; le 20 mai, purgatif ; selles le 22.

Malgré cela, l'état général se détend peu et la malade entre le 23 mai à l'hôpital.

Le facies est péritonéal, les yeux excavés. P = 120. T. axillaire 40°.

Douleur abdominale très violente faisant pousser des cris à la malade. Tout l'abdomen est ballonné, peut-être un peu plus à droite. Les deux fosses iliaques sont à peu près également douloureuses. Les cuisses sont légèrement fléchies sur le bassin. Il y a des irradiations douloureuses vers les lombes.

La palpation du ventre est impossible à cause de la douleur ; rien au toucher vaginal qui n'est pas douloureux.

Piqure de morphine. Cataplasme à demeure sur le ventre. Pas d'alimentation.

24 mai. — État général meilleur, bien que le facies soit encore péritonéal. L'abdomen reste partout douloureux surtout aux deux fosses iliaques et à l'épigastre. Pas de vomissements, ni selles. Oppression.

25 mai. — Selles obtenues par l'huile de ricin. Cependant le ballonnement abdominal reste aussi marqué.

En présence de l'amélioration rapide des symptômes, on croit qu'il s'agit d'une salpingite avec réaction péritonéale intense plutôt que d'une appendicite. Cependant rien au toucher ne permet d'affirmer ce diagnostic. Il est certain, d'autre part, que le nervosisme de la malade a amené une exagération de tous les phénomènes observés, surtout de la douleur.

Les jours suivants l'état reste stationnaire : la douleur reste vive ; il existe toujours un ballonnement notable du ventre, empêchant une palpation effective ; la constipation doit sans cesse être combattue par des lavements et des purgatifs.

Au début de juin, la fosse iliaque gauche devient plus douloureuse que la droite.

A un moment donné, des signes d'épanchement à la base gauche du poumon font craindre qu'il ne s'agisse d'une poussée de tuberculeuse péritonéo-pleurale.

5 juillet. — Pertes rouges avec caillots pendant plusieurs jours, pour la troisième fois depuis un mois.

20 juillet. — L'examen de la malade devient facile. La palpation du ventre montre une douleur plus vive dans la fosse iliaque droite. Par le toucher, on sent une trompe du volume d'un doigt, prolabée dans le cul-de-sac droit et postérieur. Il existe aussi un peu de sensibilité dans le cul-de-sac gauche, qui est rétréci.

Il s'agit donc bien d'une double annexite.

La malade s'améliore rapidement et quitte le service le 10 août.

OBSERVATION XVI

Pseudo-appendicite due à une ovarite droite. — Incision latérale de Roux. — Oophorectomie partielle. — Guérison.

(Communiquée par le docteur VERSTRAETE.)

Nathalie B..., 23 ans, entre dans le service de M. le docteur Duret au début de mai 1900.

Antécédents morbides héréditaires. — Mère morte de pneumonie grippale, père bien portant; deux frères de constitution délicate, scrofuleux.

Antécédents morbides personnels. — Pleurésie à l'âge de 13 ans, fièvre muqueuse à la même époque.

Vie génitale. — Réglée à l'âge de 14 ans : depuis, menstrues régulières durant sept à huit jours, non douloureuses; pas d'écoulement entre les règles, sauf quelques pertes blanches. N'a jamais eu aucun rapport sexuel. Hymen conservé.

Dès l'âge de 9 à 10 ans, la malade éprouve déjà des douleurs subites dans le ventre et du côté droit; ces douleurs ne durent qu'une demi-heure à une heure et se calment par l'application de cataplasmes et le repos. Pas de vomissements. Les crises surviennent sept à huit fois par an, à intervalles réguliers pendant trois années consécutives. Entre temps, il n'existe aucune douleur. Elles cessent complètement de 13 à 20 ans au moment de l'établissement des règles. A l'âge de 20 ans, en travaillant la malade ressent de nouveau de vives douleurs dans la fosse iliaque droite, qui nécessitent un repos de trois jours. Depuis, les crises appendiculaires réapparaissent irrégulièrement une dizaine de fois par an, durent deux ou trois jours, s'accompagnent de vomissements presque constants, ou du moins de nausées, de constipation. Pendant toute la durée de la crise, la malade doit s'aliter et s'abstenir de tout aliment. Il y aurait de l'élévation de température. Dans l'intervalle des crises, il persiste une douleur sourde, sauf pendant le repos au lit.

Depuis un mois, cette douleur s'est exagérée et, surtout après les repas, il y a des nausées et même des vomissements. L'appétit a diminué; un amaigrissement de 7 kilogrammes a été constaté.

La malade, tout en étant un peu nerveuse et impressionnable, n'a aucun des stigmates de l'hystérie.

Urines normales, la miction n'a jamais été douloureuse. Auscultation pulmonaire négative.

En somme, le diagnostic d'appendicite légère (appendicite pelvienne avec légère péri-appendicite) paraît le plus probable; il a d'ailleurs été porté plusieurs fois.

L'opération ne pouvant être différée, est fixée au 12 mai. M. le professeur Duret pratique l'incision latérale de Roux. Il ouvre la séreuse péritonéale sur un espace de 5 à 6 centimètres, refoule les intestins grêles qui se présentent et trouve facilement le cœcum et l'appendice. L'appendice paraît absolument sain, sans changement de coloration, libre de toute adhérence.

Il est du type interne, mesure une dizaine de centimètres de longueur.

On explore la portion de l'intestin grêle voisine du cœcum, elle n'offre aucune lésion, donc pas de pérityphlite.

Le péritoine de la fosse iliaque ne présente aucune altération.

Par l'ouverture faite, le chirurgien explore les annexes droites et les ramène hors de la plaie. L'ovaire droit est manifestement augmenté de volume, presque double, il est blanchâtre, plus résistant qu'à l'état normal, il offre à sa surface un grand nombre de kystes ; en somme, il présente les lésions d'ovarite *scléro-kystique* ; on en résèque les deux tiers et on suture le reste au catgut. La trompe droite est remarquablement saine.

Les annexes gauches ne sont pas explorées, la malade ne souffrant pas de ce côté.

Fermeture à trois plans, sans drainage, puis pansement.

Pas d'incidents post-opératoires.

On renouvelle le pansement le 19, pour enlever les crins de Florence. Réunion par première intention.

Les règles sont apparues le 17 et ont duré cinq jours ; elles n'ont pas été douloureuses.

OBSERVATION XVII (personnelle)

Périméto-salpingite confondue au début avec une poussée d'appendicite. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

Marie P..., 19 ans, couturière, entre à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur Duret, le 10 novembre 1900, se plaignant de douleurs dans le ventre, principalement à droite.

Antécédents morbides nuls. Réglée à 13 ans, toujours normalement, pas de grossesse. Le 25 octobre, les règles apparaissent et cessent brusquement le lendemain sans cause connue.

Le 31 octobre au soir, la malade ressent de vives douleurs dans le ventre, avec frissons, qui la forcent à s'aliter. Pas de vomisse-

ments. Cataplasmes. Les douleurs se calment, et se localisent dans le flanc droit ; le médecin croit à une appendicite.

La malade entre alors à l'hôpital cinq jours après le début des accidents. On constate la même douleur dans la fosse iliaque droite ; le pouls est à 100, la température : 38°5 le soir de l'entrée. Sans examen approfondi, on admet le diagnostic d'appendicite, le toucher vaginal étant négatif. Cataplasmes, calomel qui détermine une stomatite mercurielle d'ailleurs facilement guérie.

La malade quitte bientôt le service pour y entrer à nouveau le 7 décembre.

De nouvelles douleurs existent dans le bas-ventre, mais plutôt à gauche. Leucorrhée ; pas de douleurs à la miction. A la palpation de l'abdomen, les deux fosses iliaques sont douloureuses. Au toucher vaginal, on perçoit dans les culs-de-sac latéraux et postérieur une tumeur douloureuse entourant en fer à cheval le col utérin. Au spéculum, vaginite intense.

Le diagnostic d'affection utéro-annexielle d'origine gonococcique s'impose.

Règles le 18 décembre, normales, non douloureuses.

Opération le 28 décembre 1900. — M. le professeur Duret recourt à la laparotomie. Incision sous-ombilicale de 8 centimètres. Quelques adhérences molles facilement rompues soudent les intestins aux organes génitaux. Les annexes droites, prolabées dans le Douglas, sont constituées par une trompe du volume du pouce, contournée autour de l'ovaire kystique de la grosseur d'un œuf de poule. Les annexes gauches, plus profondément situées, très adhérentes à la paroi pelvienne, sont plus atteintes encore. On est donc forcé de les enlever comme on a déjà enlevé celles de droite.

Craignant que l'utérus ne soit infecté, le chirurgien termine son opération par l'hystérectomie. Drainage abdomino-vaginal par un drain de caoutchouc et un bourrage de gaze iodoformée avec mèche vaginale.

Toilette péritonéale. Suture de la paroi abdominale à trois plans.

Examen des pièces. — La trompe droite est contournée autour de l'ovaire kystique ; à la coupe, il s'en échappe un pus verdâtre, abondant. M. le docteur Bosquier, chef de laboratoire, qui a examiné ce pus, l'a trouvé stérile, sans gonocoques. Les parois de la trompe sont très épaissies.

L'ovaire gauche est plus petit, infiltré, œdémateux. La trompe correspondante a le volume d'un porte-plume. Elle est fongueuse, d'aspect caséeux et ne contient pas de pus. A la surface de l'ovaire gauche, on note la trace de deux ou trois corps jaunes.

L'utérus, légèrement augmenté de volume, est atteint d'endométrite.

L'appendice vermifère a été examiné au moment de l'intervention opératoire. Il était en partie recourbé derrière le cæcum, et ne présentait pas de lésions très apparentes, tout au plus à son extrémité terminale une vascularisation plus marquée et à sa surface une très petite pseudo-membrane, traces légères d'une poussée appendiculaire antérieure, qui d'ailleurs n'a été que secondaire à l'affection utérine. Il a été respecté.

Suites opératoires. — Injections de sérum physiologique, les jours qui suivent l'opération. Pas de réaction péritonéale ; le pouls est bon. Il y a une légère élévation thermique vespérale le troisième jour. Pas de vomissement. On enlève la gaze iodoformée le quatrième jour, et le drain le douzième.

Actuellement la guérison n'est plus qu'une question de temps.

CHAPITRE VII

Conclusions.

I. — L'appendicite est moins fréquente dans le sexe féminin que dans le sexe masculin : environ 22 % des cas seulement. Chez l'enfant la proportion est à peu près la même. Le genre de vie de la femme est sans doute la cause de cet heureux privilège.

II. — La menstruation semble, dans certains cas, favoriser l'appendicite. Ce n'est évidemment là qu'une cause occasionnelle.

III. — 1°. L'appendicite peut survenir chez la femme pendant tout le cours de la puerpéralité, rarement cependant pendant les suites de couches.

2° L'appendicite est par ce fait aggravée dans la majorité des cas. Le pronostic de la grossesse est de son côté assombri, car l'avortement et l'accouchement prématuré sont fréquents.

3° L'intervention opératoire précoce est le traitement le plus rationnel.

IV. — 1° L'appendicite et les affections de l'utérus et des annexes peuvent exister en même temps. Le plus souvent, ce sont les maladies utéro-annexielles qui débudent et deviennent la cause de l'appendicite, cependant le fait contraire peut exister, quoique plus rarement. Dans certains cas, ces deux lésions n'ont aucune relation ; c'est une coexistence accidentelle.

2° Le diagnostic de l'existence simultanée de ces deux affections est souvent fort difficile ; leurs symptômes se confondent plus ou moins, et les signes de la maladie secondaire sont rapportés à l'aggravation de la maladie primitive. C'est en procédant avec attention et méthode, en étudiant avec soin l'histoire clinique de la malade, les caractères spéciaux de la douleur, les données fournies par le palper bi-manuel, que l'on peut arriver à éviter l'erreur.

3° L'intervention est la règle habituelle. La voie abdominale médiane est la voie de choix, car, seule, elle permet de vérifier un diagnostic douteux et d'enlever à la fois l'appendice et les annexes malades.

V. — Les conditions spéciales qui favorisent l'appendicite chez la femme peuvent se diviser en conditions :

1° *Anatomiques*. — Il n'existe pas de lien anatomique entre l'appendice et les organes génitaux de la femme comme l'ont pensé Clado et Treub ; le ligament appendiculo-ovarien, décrit par ces auteurs, n'existe pas dans la majorité des cas. Mais le rapprochement de l'appendice

et des annexes s'observe souvent et leur simple contact suffit à expliquer leur influence réciproque.

2° *Physiologiques*. — La menstruation et la grossesse prédisposent à l'appendicite.

3° *Pathologiques*. — Les affections des annexes et de l'utérus, les troubles gastro-intestinaux, l'entérite muco-membraneuse préparent l'appendicite; toutefois l'influence de cette dernière maladie est contestée par plusieurs auteurs.

VI. — L'appendicite peut être confondue chez la femme avec les annexites, l'hématocèle, l'ovarie des hystériques, le rein droit mobile, la lithiase intestinale, la perforation de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. C'est en étudiant les données tirées de l'évolution de la maladie, la localisation et l'intensité de la douleur, les caractères de la tumeur, que l'erreur sera évitée.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
LE DENTU.

Vu : LE DOYEN :
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ABRAHAM. — *Amer. Journ. of. Obst.*, 1897.
- ASHBY. — Appendicite chez la femme. Maryland, *Méd. Journ. Baltimore*, 1891-92.
- BANZET. — Appendicite et grossesse. *Soc. d'Obst., de Gynéc. et de Pédiatrie*, 2 mars 1900.
- BARBET. — Sur quelques formes anormales d'appendicite avec abcès iliaque gauche. *Thèse*, Paris, 1898.
- BARNSBY. — Appendicite et annexite. Coexistence de ces deux affections. *Th.*, Paris, 1898.
- *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1898, page 419.
- Situation de l'appendice chez la femme. *Société anatomique*, 7 janvier 1898.
- BEAUSSENAT. — Appendicites expérimentales. *Th.*, Paris, 1897.
- BESSON. — Rapports entre l'appendicite et la salpingo-ovarite. *Th.*, Montpellier, 1895.
- BINKLEY. — Relations entre la salpingite et l'appendicite. *Americ. Journ. of. Obstet.*, 1894.
- BLANC. — Inflammations péri-utérines dans leur rapp. avec la gross. et l'accouchement. *Rev. Obst. et Gynéc.*, 1892.
- BOUILLIER. — De l'appendicite pendant la grossesse. *Thèse*, Lyon, 1897.
- BOUILLY. — Appendicite et annexite. *Semaine Gynéc.*, 1897, page 321. 1898, page 337. *Bull. du Congrès de Chirurg.*, 1898, page 333.

- BOUILLY. — Appendicite et grossesse. *Soc. Obst. Gynéc. et Pédiatrie*, 5 mai 1899.
- BRISSAUD. — Appendicite et hystérie. *Soc. Méd. des hôpitaux*, 19 mars 1897.
- BROCA. — Appendicite. *Actualités médicales*, 1900.
- BRUN. — Appendicite. *Tr. maladies des enfants*, de Grancher.
- BUDIN. — App. et salpingite. *Soc. Obst.*, 11 mars 1897.
- CHÂMBARD. — Contrib. à l'étude de l'appendicite. *Th.*, Lyon, 1899.
- CHEVALIER. — De l'appendicite pelvienne. *Thèse*, Paris, 1900.
- CHOIGNON. — Des adhérences de l'app. vermiciforme avec les organes avoisinants dans les opérations intra-abdominales. *Th.* Lyon, 1894.
- CLADO. — De l'app. iléo-cœcal. *Mém. Soc. Biol.*, 1892.
- DELAGÉNIÈRE (du Mans). — Appendicite et pyosalpinx double. *Archives médicales d'Angers*, mars 1897, page 130.
- Appendicite et annexite. *Congrès de Chirurgie*, 1897. *Congrès international de Médecine*, 1900.
- DELCAMP. — Difficultés du diagnostic de l'app. *Th.*, Paris, 1900.
- DIEULAFOY. — *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu*, tome II. — *Pathogénie de l'app.* *Académie de Méd.* 6 avril et 20 avril 1897.
- App. et lithiase intestinale. *Presse Médicale*, 1897, p. 112.
- DOLÉRIS. — Salping. et appendicite. *Nouv. archives de Gynécologie et d'Obstétrique*, octobre 1895. — *Semaine médicale*, 1899, n° 16.
- Annexite simulant l'app. *Soc. Obst. Gynéc. et Pédiatrie*, 14 octobre 1897.
- DORMOY. — De l'app. à forme pelvienne. *Th.*, Lyon, 1897.
- DUBOIS. — Appendicite et hystérie. *Th.*, Paris, 1900.
- DUNCAN. — Leçon clinique sur la paramétrite. *The Lancet*, 1897, page 7.
- DURAND. — Ligament append.-ovarien. *Progrès médical*, 1895, 12 oct.
- DURET. — Leçons de clinique chirurg., Paris, Maloine, 1894. *Journal des sciences médicales de Lille*, 1893.

- FERGUSSON. — Situation de l'append. *Americ. journ. New-York*, 1891, page 61.
- FIEUX. — App. et suites de couches. *Revue de gynéc. d'obst. et de pédiat. de Bordeaux*, 1899, p. 265.
- FRANKEL. — App. dans ses rapp. avec l'obst. et la gynéc. Leipzig, 1898.
- GLANTENAY. — App. oblitérante atrophique. *Presse médicale*, 1898, page 186.
- GORDON. — Appendicite chez l'enfant. *Th.*, Paris, 1897.
- GUERCHOUNI. — Diagnost. de l'app. et des perforations de l'estomac. *Th.*, Paris, 1898.
- HAYEM. — App. et hystérie. *Soc. méd. des hôp.*, 26 mars 1897. — Pathog. de l'app. *Soc. médic. des hôp.*, 2 avril 1897.
- HINKSON. — App. et pyosalpinx. *Medic. journ. New-York.*, 1891.
- HUNTER-ROBB. — App. d'origine salpingienne. *Report of the Johns hospital*. Baltimore, 1892.
- IARCA. — App. pendant la gross. et les suites de couches. *Th.*, Paris 1898.
- JACOBS. — *Bull. polyclin. hôpital intern.*, 1896.
- JAGGARD. — App. suppurée et pyosalp. double. *Americ. journ. of obstetric.*, 1893.
- JALAGUIER. — Appendicite. In traité de Chirurgie. Duplay et Reclus, 1898, t. vi, p. 601.
- KEATING. — Salp. aiguë et app. *Intern. mag.*, Philadelphie, 1892.
- KRUGER. — Rapp. entre l'appendicite et les affect. des org. génit. de la femme. *Deutsche zeitsch. f. chir.*, 1897.
- LAFFORGUE. — Situation de l'appendice. *Journ. de physiol.*, 1893, page 141.
- LE BLANC. — App. et gross. *Soc. anat.*, 8 mai 1896.
- LE GENDRE. — App. et gross. *Soc. méd. des hôp.*, 26 mars 1897. — *Revue obst. et péd.*, 1897, n° 112.
- LEGUEU. — App. pelvienne. *Bull. soc. anat.*, 1892, page 55. — Appendicite. *Monographie*, Masson, 1897.
- LEROY. — Diagn. différen. de l'app. et des aff. périutérines. *Th.*, Paris, 1897.

- LE GUERN. — Contrib. à l'étude de l'app. par corps étrangers. *Th.*, Paris, 1893.
- LUTAUD. — App. et salping. *Soc. obst.*, 11 mars 1897.
- MARTINEZ. Diag. et trait. des app. *Th.*, Paris, 1891.
- MATTERSTOCK. — *Gehrhardt's. Handbuch der Kinderkrankheiten.* Vol. IV.
- MONOD et VANVERTS. — Appendicite, 1897.
- MUNDE. — Pérityphlite et appendicite dans leurs relations avec la gynécologie. *Medic. news.*, New-York, 1897.
- NEVEJEAN. — Diagn. diff. entre certaines formes d'appendicite et de salpingo-ovarite. *Th.*, Lille, 1896.
- OTTO FALK. — Importance de l'append. pour l'accoucheur et le gynécologue. *Cent. f. gyn.*, 1900, p. 163.
- PAUCHET. — Salpingo-ovarite double et app. *Sem. gynéc.*, nov. 1897.
- PICHEVIN. — App. et inflamm. périsalp. *Sem. gynéc.*, 30 octobre 1899, page 313.
- PINARD. — App. et grossesse. Académie de Médecine, 22 mars 1898, 14 février et 6 mars 1900. *Annales de Gynéc et d'Obst.*, 1899, page 117 ; 1900, p. 357.
- POIRIER. — Situation de l'appendice. *Tr. d'anat.*, t. iv, p. 317.
- PONCET. — *Bull. Méd.*, mai 1896, p. 454.
- POZZI. — Appendicite. *Soc. de Chir.*, 8 déc. 1888.
- Adhérences de l'appendice aux pyosalpinx droits. *Bull. Soc. de Chir.*, 1898, p. 750.
- Salpingo-ovarites. *Traité de gynécologie*, 3^e édit., 1897.
- Sur l'appendicite. *Presse Méd.*, 1897, p. 1.
- PRAVAZ. — De la pérityphlite et de son trait. *Thèse*, Lyon, 1898.
- QUÉNU. — Appendicite et annexite. *Journal des praticiens*, 9 avril 1898, p. 226.
- RECLUS. — Pathogénie de l'app. *Acad. de Méd.*, 16 et 30 mars. et 13 avril 1897.
- RENDU. — Append. et hystérie. *Gaz. des hôpitaux*, 6 avril 1897. *Médecine moderne*, 1898, p. 401.
- RICARD. — Typhlite et appendicite. *Gaz. des hôpitaux*, 1891.

- RICHELOT. — De l'appendiculite chez la femme. *Soc. de Chir.*, 15 octobre 1897.
- Appendicite et annexite. *Société Obst.*, 8 avril 1897.
- Diagnostic de l'app. chez la femme. *Bull. méd.*, mars 1897, p. 441.
- ROBINSON. — *University medical Magazine*, 1896, p. 913.
- ROUTIER. — App. et salpin. *Ann. de Gyn.*, décembre 1898, *Société de Chirur.*, novembre 1899.
- ROUX (Lausanne). — Appendicite. *Bull. du Congrès de Chirurgie*, 1896, p. 255.
- RUDAUX. — App. et gross. *Ann. de Gyn et d'Obst.*, 1900, p. 359.
- RUSSEL. — App. et double salpingo-ovarite. *Tr. natur. élect. Mag. Ass.* New-York, 1892-93.
- SEGOND. — App. et gross. *Soc. Obst. Gynéc. et Pédiatrie*, 3 mars 1899.
- SKENE. — Pyosalpinx compliqué d'appendicite. *Brooklyn Méd. Journ.*, 1895.
- SONNEMBURG. — App. et salpingite. *Soc. méd. int. de Berlin*, décembre 1890.
- TALAMON. — App. et pérityphlite. *Coll. Charcot-Debove*, 1892.
- App. et hystérie. *Soc. Méd. des hôpitaux*, 26 mars 1897.
- TERRIER. — App. et annexite. *Soc. de Chir.*, 20 octobre 1890.
- THÉVENARD. — Hématocèle rétro-utérine. *Thèse*, Paris, 1896.
- TREUB. — App. et paramétrite. *Rev. de gyn. et chirur. abd.*, 1897, page 263.
- TUFFIER. — App. et gross. *Revue d'Obst. et Pédiat.*, 1897, p. 206.
- VALLÉE. — Appendice chez l'enfant. *Thèse*, Paris, 1900.
- VERSTRAETE. — De l'appendicite chez la femme considérée au point de vue de ses relations avec les affections utéro-annexielles. *Journ. des Soc. méd. de Lille*, 1900, nos 32, 33 et 34 (t. L, p. 121 et sq.). — *Bull. de Soc. Anat. Clinique de Lille*, 1900.
- VINAY. — App. au cours de la gross. et pendant les s. de couches.

Soc. Nationale de méd. de Lyon, 6 et 19 décembre 1897. —
Lyon médical, 2 janvier 1898, p. 5.

VORBE. — App. et entérite muco-membraneuse. *Thèse*, Lyon.
1898.

WALTHER. — Pathogénie de l'app. *Sec. de Chir.*, 2 déc. 1896.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
